【様式 2】

ＦＡＸ送信票

がん地域連携パス診療経過報告書兼依頼票

報告日　　年　　月　　日

埼玉医科大学総合医療センター
がん診療支援室　担当者：

診療科
（印）先生
TEL:049-228-3455
FAX:049-228-3455

連携医療機関（かかりつけ医）
担当者：

施設名
（印）先生
TEL:
FAX:

担　当　医　：			
患　者　ＩＤ		性別	男　・　女
患　者　氏　名			
生　年　月　日	T・S・H　　年　　月　　日		
地域連携パス種類	1. 乳がん　2. 胃がん　3. 大腸がん 4. 肺がん　5. 肝がん　6. その他（　　）		
診療日	平成　　年　　月　　日		
治療経過	□ 地域連携診療計画に基づいた治療（または検査）を行いました。 □ 臨時診療を行いました。（下記に詳記）		
検査結果等	□異常所見を認めませんでした。 □ その他（下記に詳記）		
その他			

依頼票

科 担当医　　医師	□ 診察依頼 □ 検査依頼
□ＣＴ検査　部位（　　） □ＭＲＩ検査　部位（　　） □内視鏡検査　部位（　　）	□ ＲＩ検査 □ その他　（　　）