

がん治療連携診療情報提供書

(西暦)

年 月 日

連携計画
策定病院名

順天堂大学医学部附属静岡病院

〒410-2295 静岡県伊豆の国市長岡1129

TEL (055) 948 - 3111

FAX (055) 948 - 2103

担当医

科

先生

連携医療機関

医師氏名

患者氏名		性別	男 ・ 女
住所			
生年月日	(西暦) 年 月 日	電話番号	

地域連携診療計画名(パス名)	年 目 回(月 ~ 月期)		
診療日	(西暦) 年 月 日		
治療経過	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 臨時診察を行いました。	特記事項	
		体重	kg
診療結果等	<input type="checkbox"/> 異常所見を認めませんでした。 <input type="checkbox"/> 特記事項有り。 <input type="checkbox"/> 診察を依頼します。		