

FAX 送信表

がん地域連携クリティカルパス運用中の患者さんにつきまして、下記のとおり『がん地域連携クリティカルパス脱落・中止届』をFAX送信のうえ、ご報告させていただきます。

| | | |
|------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【連携医療機関】 ご担当者： TEL： FAX： | → ← | 【順天堂大学医学部附属静岡病院】 地域医療連携室： 担当看護師： TEL：055-948-3111（内線：3550） FAX：055-948-2103（直通） |
|------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

がん地域連携クリティカルパス脱落・中止届

| | | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|
| 医療機関名 | 順天堂大学医学部附属静岡病院 | | |
| 患者番号 | | | |
| 患者氏名 | | 生年月日： | 年 月 日 |
| パスの種別 | <input type="checkbox"/> 1. 胃がん | <input type="checkbox"/> 5. 肝がん（急性期） | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 大腸がん（Stage I, II） | <input type="checkbox"/> 6. 肝がん（安定期） | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 大腸がん（Stage II, III） | <input type="checkbox"/> 7. 乳がん（術前治療あり） | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 肺がん | <input type="checkbox"/> 8. 乳がん（術前治療なし） | |
| 脱落・中止の理由 | <input type="checkbox"/> 1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更 <input type="checkbox"/> 2. 転出（他県へ転出等） <input type="checkbox"/> 3. 患者本人・ご家族の希望 <input type="checkbox"/> 4. 死亡 <input type="checkbox"/> 5. その他 | | |
| | (備考) | | |