

「私の手帳」連絡表（電話・FAX） 地域連携パス運用

がん診療連携クリティカルパス運用を開始させていただきます。
連携先の先生方におかれましては、お手数ですが連携受入可否について回答ご返信
もしくは、電話連絡いただきたくお願い申し上げます。

年 月 日

【連携医療機関】 <div style="text-align: right;">病院・医院</div> <hr/> がんパスご担当者: _____ 様 TEL _____ () _____ FAX _____ () _____	 	【計画策定病院】 <div style="text-align: right;">病院</div> <hr/> 担当: _____ TEL _____ () _____ FAX _____ () _____
--	----------	---

患者番号		
患者氏名		
がんパスの種類	1. 胃	2. 大腸
	4. 肺	5. 乳
	6. 子宮頸	7. 子宮体
	8. 前立腺	3. 肝臓
がん治療連携計画策定料 1	算定可能	算定不可
がん治療連携計画策定料 2	算定可能	算定不可

年 月 日

【連携医療機関】

受入可否	受入可	受入不可
九州厚生局への届出	あり	なし
がん治療連携指導料	算定可能	算定不可
医師名		
初回受診予定日	年	月 日