様式（2）

「私の手帳」連絡表（電話・FAX）
地域連携パス中止

がん診療連携クリティカルパス運用中の患者様につきまして、下記の通り、地域連携パス中止をご連絡いたします。

【連携医療機関】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院・医院

担当者：

TEL　　（　　）

FAX　　（　　）

【計画策定病院】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿病院

担当：

TEL　　（　　）

FAX　　（　　）

年　　月　　日

医療機関名	
患者番号	
患者氏名	
がんパスの種別	１．胃　２．大腸　３．肝臓 ４．肺　５．乳 ６．子宮頸　７．子宮体　８．前立腺
中止理由	1．再発・再燃・合併症等による治療方針の変更
	２．転出（他県への転出等）
	３．患者本人・家族の希望
	４．死亡
	５．その他
連携病院変更	（　　）月より （　　）病院へ 連携変更となります。

＊報告書は、患者カルテにスキャンしてください。