様式２

**地域連携がん診療経過報告書**

地域連携クリティカルパス（　　　　　がん）

報告日　　　年　　月　　 日

共同診療開始日 　　年 　　月　　 日

計画策定病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

連携医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者情報 | 氏名 | 性別（ M F ） |
| 生年月日　　T・S・H　　　年 　　月 　　日 | |
| 下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。  共同診療計画に基づく診療の実施日  次回の予定 | | |
| 共同診療計画に（ 変更なし 変更あり）  変更となった項目（診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア ）  具体的な内容： | | |
| その他の特記する事項  画像・検査データ添付（ ありなし） | | |

記入例

**地域連携がん診療経過報告書**

地域連携クリティカルパス（　乳　がん）

ご報告された日をご記入ください。

報告日　　　年　　月　　 日

共同診療開始日 　　28年 　2月　23 日

同意日をご記入ください。

計画策定病院　　〇〇病院

連携医療機関　　　貴院名　　　　　　　　　　　　　ご担当医

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者情報 | 氏名　　　福岡　花子 | 性別（ M F ） |
| 生年月日　　T・S・H　　50年 　5月 5日 | |
| 下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。  共同診療計画に基づく診療の実施日  受診日をご記入下さい。  次回の予定  次回の受診予定時期をご記入ください。 | | |
| 共同診療計画に（ 変更なし 変更あり）  変更となった項目（診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア ）  　　例）検査（エコー）  具体的な内容：  例）患側残存乳房にしこりの自覚があったためエコーを実施しましたが、特に問題はありませんでしたので経過観察しています。 | | |
| その他の特記する事項    画像・検査データ添付（ あり・なし） | | |