がん地域連携パス経過報告書　兼 診療情報提供書

連携医療機関　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医院・病院

担当医　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

適用連携パス：

☐ 胃がん　☐ 大腸がん　☐ 乳がん　☐ 肝がん　☐ 肺がん

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢　＿＿＿＿　歳

診療日：平成＿＿　年　　月　　日

主な診療内容：

☐ 問診　☐ 処方　☐ 一般採血　☐ レントゲン画像
☐ 腫瘍マーカー　☐ 超音波検査　☐ 上部内視鏡検査
☐ 下部内視鏡検査 ☐ その他（　　）

山本組合病院担当医への連絡事項：

☐ 特に著変なく引き続き経過観察します

☐ 以下の変化がありましたので報告します

［　　］