

## 連絡表(電話・FAX)

様式1

患者様が貴院での連携希望により、がん地域連携パス運用を開始させていただきます。  
 連携病院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をご返信もしくは  
 電話連絡いただきたくお願い申し上げます。

鹿児島市医師会病院(計画策定病院) がん相談・医療連携室担当者  _____  TEL:099-254-1121 FAX:099-254-1308	⇄	_____ 病院・医院(連携病院)  TEL: _____ FAX: _____
---	---	--

がん地域連携パス運用届【医師会病院病棟看護師もしくは、外来看護師が記入】		
医療機関名		
患者番号		
患者氏名		
診断名	1. 胃がん 2. 大腸がん 3. 肝臓がん 4. 肺がん 5. 乳がん 6. その他( )	
診断日		
入院日		
退院日		
術式	術 ESD/ EMR	
術日		
治療	化学療法(注射・内服・注射＋内服) RFA・IVR その他( )	
がん治療連携計画策定料1	策定可能	策定不可
がん治療連携計画策定料2	策定可能	策定不可
連携病院登録	あり	なし

\* 当院は、がんの治療目的で初回入院した場合に算定できる。

【連携病院(かかりつけ医)が記入。電話連絡時は、医療連携室が記入】

受入の有無	受入可	受入不可
医師名		
初回受診予定日	年 月 日	

\* 回答後は、コピーし病棟に提出する。病棟看護師・外来看護師は、連携パスに初回受診日を記入し  
 様式1は外来カルテに綴る。