

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
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 _____	_____病院・医院（連携病院） _____
TEL099-254-1121	TEL _____
FAX099-254-1308	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	平成 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。