

がん地域連携クリニカルパス報告書

鹿児島市医師会病院 _____ 殿

連携病院 _____ 病院・医院 _____ 担当 _____

患者氏名	
性別	男性 女性
生年月日	年 月 日
共同診療計画に基づく診療の実施日	年 月 日
次回の予定日	年 月 日
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) その他 ()
報告内容	
その他特記する事項	
画像・検査データ添付	なし あり

※医療連携室は報告書が届いたらコピーし、1枚は患者の外来カルテに綴り 1枚は、連携室で控えとして保管する。