

年 月 日

診療情報提供書
胃がんESD後 Stage I 地域連携パス

科 担当医 宛

広島赤十字・原爆病院
〒730-8619 広島市中区千田町1丁目9番6号
TEL:(082)241-3111(代)

<かかりつけ医>

住所

名称

医師氏名

TEL:() -

FAX:() -

患者氏名	フリガナ()		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	性別	女・男
住 所		電話番号	

紹介目的	1. 診療 2. バリエーション報告
主訴又は疾病名	胃がんESD後 Stage I
受診日・検査日	年 月 日(検査日: 年 月 日)

1. 症状経過・検査結果および治療経過

- 著変なし
- 著変あり

【特記事項】

2. 下記の理由でバリエーションになりました(下記は必要時に記載してください)

- 内視鏡検査にて再発の疑いがある
- 他疾患による病状悪化
- 患者の事情による定期受診困難
- 死亡
- その他()

添付資料	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
------	--

要望事項、留意事項 等	
-------------	--

※貴院、診療情報提供書書式を使用して頂いても構いません

※ご不明な事がありましたら、がん相談支援センター TEL 082-241-3111(内線 3214) までご連絡ください