

年 月 日

診療情報提供書
乳がん手術後 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	乳がん手術後
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)

乳がんの再発や転移の疑いがある

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