

医療機関名: 山形県立新庄病院 御中

主治医名 様

情報提供元

医療機関名:

(報告書・届いずれかに)

主治医名:

当院受診日	令和 年 月 日	パスの種類 (いずれかに ○ )	肺 胃 肝 大腸 乳
患者氏名	生年月日	年 月 日	男・女
ID番号			

### がん治療連携指導報告書

山形県がん地域連携クリティカルパス運用要項に基づき貴院と治療連携している上記患者について、下記のとおり情報提供いたします。

	内容(該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> )	特記事項
異常なし	特に問題となる事由なし	
A 問診時の訴え	体の痛み(部位: )	
	手術創周囲の赤み・熱感	
	むくみ(部位: )	
	著しい体重の( 増加 減少 )	
	食欲の低下	
	つかえ・吐き気・嘔吐	
	便秘	
	下痢	
	便に血が混じる	
	せき・たん	
	発熱・ほてり・発汗	
	発疹・かゆみ	
	眠気・睡眠不足	
	めまい・ふらつき	
	倦怠感	
	動悸	
	黄疸	
不正出血		
おりもの増加		
腕があがらない		
乳房にしこり		
脇の下に固いものが触れる		
その他(※詳細は特記事項へ→)		
B 血液検査異常	貧血の進行	
	白血球の増加	
	白血球の減少	
	肝機能障害あり	
	腎機能障害あり	
	腫瘍マーカー値の上昇	
その他(※詳細は特記事項へ→)		
C 異検査画像	がん再発疑い(部位: )	
	がん再発以外の異常所見(※→)	
D その他	持病の増悪	
	その他(※詳細は特記事項へ→)	

※計画策定病院での対応を要する場合(緊急受診、診察予約など)は「特記事項」欄に概要記載のこと。  
緊急対応を要する場合は併せて電話連絡のこと。

### がん地域連携パス逸脱届

上記患者については、下記の理由によりがん地域連携パスを逸脱することとなりましたのでお知らせします。

	内容(該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> )	特記事項
逸脱の理由	1 再発等による治療方針変更	
	2 転出(他県への転出等)	
	3 患者・家族のパス連携中止希望	
	4 死亡	
	5 その他(※詳細は特記事項へ→)	
パス逸脱日	令和 年 月 日	