

連携先医療機関名

診療情報提供書

年 月 日

桐生厚生総合病院

連携医療機関の
名称及び所在地
TEL
FAX
医師氏名

外科 先生

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令	男・女
患者氏名			年 月 日(歳)	

〔傷病名・紹介目的〕

胃癌術後連携パス 診療情報

〔病状経過・検査結果・治療経過等〕

年 月 日

診察結果

食欲 (あり なし) 吐き気 (あり なし)
胸やけ (あり なし) 腹痛 (あり なし)
便秘 (あり なし) 下痢 (あり なし)

共同診療計画に (変更なし 変更あり)

変更になった項目 (診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア)

具体的な内容 :

・添付資料 あり (血液検査、他) なし
・処方変更 あり (お薬手帳参照) なし