様式１

FAX送信票
がん地域連携パス運用開始≪依頼≫届（兼受入確認票）

埼玉石心会病院（計画策定病院）		連携医療機関（かかりつけ医）
地域医療連携室: 担当者＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL：0120-147-357（連携室直通） FAX：04-2953-6908（連携室）	➡ ⬅	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ TEL：　　－　　－ FAX：　　－　　－

※夜間(19:00～8:30)、休日(17:00～8:30)は連携室職員不在となります。

平素より大変お世話になりありがとうございます。
この度、下記患者さんが貴院への連携希望により、がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）をFAX送信させて頂きます。
連携医療機関の先生方におかれましては、お手数ですが連携受入可否について回答のうえ、ご返信頂きたくお願い申し上げます。

がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）

性別	M・F	年齢	歳	診療科		医師名	
診断名	１．乳がん　２．胃がん　３．大腸がん（Stage Ⅰ, Ⅱ・ Stage Ⅲ） ４．その他（　　）						
診断日	平成　　年　　月　　日						
入院日	平成　　年　　月　　日						
退院(予定)日	平成　　年　　月　　日						
術式							
術日	平成　　年　　月　　日						

注）がんと診断され、がんの治療目的に初回入院した場合に算定できる。

【かかりつけ医が記入】

受入の有無	１．受入可　　２．受入不可
担当医師名	
初回受診日	平成　　年　　月　　日