

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)	女

〔傷病名・紹介目的〕

大腸癌術後連携パス 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)

便回数 1日()回 便秘 (あり なし) 下痢 (あり なし)

倦怠感 (あり なし)

体重 (増加 減少 不変)

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