

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

乳腺外科 \_\_\_\_\_ 先生

連携医療機関の  
名称及び所在地  
TEL  
FAX  
医師氏名 \_\_\_\_\_

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〕

乳癌術後連携パス 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 )

自覚症状 ( あり なし )

身体所見異常 ( あり なし )

検査結果異常 ( 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