

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

泌尿器科 _____ 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〕

前立腺がん術後連携パス 診療情報

〔病状経過・検査結果・治療経過等〕

年 月 日

診察結果

頻尿 (あり なし)

排尿困難 (あり なし)

尿失禁 (あり なし) パット枚数 枚/日

診察所見異常 (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