

市立芦屋病院 地域連携室 宛

FAX 0797-22-3319 (直通)

市立芦屋病院「がん地域連携パス」参加確認書

令和 年 月 日

医療機関名： _____ 医療機関コード： _____

ご芳名（医療機関の長）： _____ ご専門： _____

連絡先ご住所： 〒 _____

メールアドレス： _____

連絡先： Tel _____ Fax _____

※差し支えなければ、緊急時に連絡のとれる連絡先を記載ください

- 「がん地域連携パス」を用いて市立芦屋病院との連携を希望します
- 「がん地域連携パス」を用いて市立芦屋病院との連携を希望しません

1. 当院との連携を希望される場合、どのがん種のパスにご参加頂けますか？（複数回答可）

チェック欄	がんの種類	担当医師名
	胃がん	
	大腸がん	
	肝がん	
	乳がん	
	子宮体がん	
	肺がん	

2. 貴院における検査、診断可能な項目を教えてください。

- 一般血液検査の迅速検査（可能でない場合何日後に結果がでますか： _____ 日後）
- 腫瘍マーカー 内視鏡検査（上部・下部） X線 エコー マンモグラフィ
- その他（ _____ ）