

診療情報提供書
(肝臓がん術後地域連携クリニカルパス)

年 月 日

広島大学病院

担当医 先生
(FAX:082-257-1720 がん治療センター)

連携先病院(病院名および所在地)

医師名: _____ (印)

※医師名欄は、署名もしくは記名押印

患者氏名	性別	
	生年月日	
(広島大学病院ID)		
住所		
電話番号		

傷病名: 肝臓がん術後(地域連携パス) 手術日 年 月 日			
受診日: 年 月 日 (術後 年 ヶ月後)			
紹介目的: 共同診療計画に沿った診療			
既往歴:			
症状経過・検査結果および治療経過			
	コメント		コメント
診察	黄疸 無・有	自覚症状	体重 Kg
	腹部症状 無・有		腹部膨満感 無・有
	消化器症状 無・有		下肢浮腫 無・有
	下肢浮腫 無・有		全身倦怠感 無・有
指導	食事指導 無・有		
	生活指導 無・有		
コメント			
有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたので報告します。			
施行検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		
	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> GIF		
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他()		
現在の処方			