



# F A X 送信票

埼玉石心会病院（計画策定病院） 地域医療連携室： 担当者 _____ TEL：0120-147-357（連携室直通） FAX：04-2953-6908（連携室）	 	連携医療機関（かかりつけ医） _____ TEL：       -       - FAX：       -       -
--	--	---

※夜間（19:00～8:30）、休日（17:00～8:30）は連携室職員不在となります。

## がん地域連携パス脱落・中止届

患者氏名	
生年月日	I・S・H   年   月   日
パスの種別	1. 乳がん 2. 胃がん 3. 大腸がん（Stage I・II、Stage III） 4. その他（                    ）
脱落・中止の理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更  2. 転出（他県へ転出等）  3. 患者本人・ご家族の希望  4. 死亡  5. その他