

がん診療連携パス【返信用(パス通りの経過に限る)】

連携先医療機関⇒済生会横浜市東部病院 FAX 045-576-3547 (地域医療連携室 直通)

科 先生

がん診療連携患者の返信

患者氏名	当院 ID もしくは生年月日

年 月 日に来院されました。

異常を認めませんでした。

・添付資料

有り

無し

【医療機関名】

※本文書は、患者さんの治療がパス通りの経過をしている場合の返信にのみご利用いただけます。少しでも異常があり主治医との連絡を取る必要がある際には、通常通りの紹介をお願いいたします。

※本文書は、当院ホームページからダウンロードできますので、ご利用ください。

がん相談支援センター