

〇〇〇治療に関する連携計画書

様

計画策定病院(A):

担当医師:

連絡先:

連携医療機関(B):

担当医師:

連絡先:

| 術後又は退院後からの期間 | | 退院時 | 術後1ヶ月 | ... | | 術後1年 | ... | | 術後3年 | ... | | | |
|--------------|-------------------|------|-------|-----|---|------|-----|-----|------|-----|--|--|--|
| 受診予定日(又は月) | | △月△日 | ○月○日 | ... | | ×月×日 | ... | | | | | | |
| 医療機関 | | A | B | B | B | A | B | ... | | | | | |
| 達成目標 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 患者自覚 症状 | 具体的な項目 | | | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 診察 | 具体的な項目 | | | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 検査 | 血液検査 (腫瘍マーカー等) | | | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | | | | |
| | 画像診断項目 | | | | | | | | | | | | |
| | ... | | | | | | | | | | | | |
| 説明・指 導 | 説明項目 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 連携 | 診療情報の提供 | | | | | | | | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携の仕方がわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 2 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 3 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 4 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。