

がん地域連携パス 申請書

平成 年 月 日

近畿大学病院 院長 東田 有智 殿

がん地域連携パスの登録を申請します。

医療機関コード： _____

医療機関名： _____

医師名： _____

専門科： _____ 病床数： _____

〒 _____

住所： _____

電話番号： _____

FAX 番号： _____

・連携頂けるがん種に○をつけて下さい。

胃がん 大腸がん 乳がん 肺がん 肝がん

・行っている項目に☑をお願い致します。

特色：輸血療法 酸素管理 IVH 管理 人工呼吸器管理
経管栄養 在宅気管切開管理 医療用麻薬の処方
小児患者 終末期医療・緩和医療 尿路管理
人工肛門管理 胃ろう管理 褥瘡の管理 膀胱ろう管理
腎ろう管理 ペースメーカー装着患者の管理
バルーン交換 胸水腹水穿刺

・近畿大学病院ホームページに「がん地域連携パスを用いた診療の連携医一
覧」を掲示する際、貴院名を公開してもよろしいでしょうか。

許可する ・ 許可しない