

がん地域連携パスを用いた患者様の共同診療のご依頼

平素から当院との診療連携にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

当院のがん地域連携パスで、ご対応頂けるものがございましたら「がん連携パス届出書」にてご教示賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

- 1 地域連携パスの対象疾患：胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、乳がん
- 2 連携の内容：地域連携パスを用いてがん患者様の診療を共同で行います。術後の節目の診察や検査は当院で行い、普段の診察や投薬等は貴院でお願い致します。
- 3 施設基準の届出：近畿大学病院から近畿厚生局に一括して届出を行います。
貴院から届出を行って頂く必要はありません。
- 4 コストの算定について：「がん治療連携指導料300点」を貴院で月1回算定頂けます。
算定要件：がん地域連携パスに基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院（近大病院）に文書により診療情報を提供した場合に算定する。
- 5 お手数で恐縮ですが、同封しております「がん連携パス届出書」に必要事項をご記入の上、当院へFAX頂けますようお願い申し上げます。

担当者：近畿大学病院 がんセンター がん地域連携パス担当者

電話 072-366-0221（内線 3803）

FAX 072-365-7161

以上