

登録希望書

がん診療における地域連携パスに関し、大阪府立急性期・総合医療センターへの登録を希望します。

・がん診療における地域連携パスが可能なものにチェックを入れて下さい。

- | | |
|-------|--|
| 肺がん | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後フォローアップ) |
| | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後補助化学療法 UFT) |
| 胃がん | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後フォローアップ) |
| | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後補助化学療法 TS-1) |
| 大腸がん | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後フォローアップ) |
| | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後補助化学療法 UFT/ユーゼル) |
| | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後補助化学療法 ゼローダ) |
| 乳がん | <input type="checkbox"/> 術後連携パス(術後フォローアップ) |
| 肝臓がん | <input type="checkbox"/> 肝がん連携パス |
| 前立腺がん | <input type="checkbox"/> 前立腺がん地域連携パス |
| 膀胱がん | <input type="checkbox"/> 膀胱がん地域連携パス |

連携医療機関名

医師名

診療科(ご専門分野)

住所

医療機関番号

電話番号

FAX番号

E-mail(診療の連絡用)

FAXにて、下記大阪府立急性期・総合医療センターへお送り下さい。

FAX番号： 06-6606-7003

担当： 事務局 医事グループ

日付： 平成 年 月 日