

## 連絡表（電話・FAX）

様式 3-2

がん地域連携パス運用中の患者様につきまして、下記のとおりにてがん地域連携パス中止をご連絡致します。

_____ 病院・医院（連携病院）	鹿児島市医師会病院（計画策定病院）
担当者 _____	がん相談・医療連携室担当者 _____
TEL _____	TEL099-254-1121
FAX _____	FAX099-254-1308

### がん地域連携パス中止届

医療機関名	
患者番号	
患者氏名	
パスの種別	1.胃がん 2.大腸がん 3.肝臓がん 4.肺がん 5.乳がん 6.その他（ ）
中止理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更  2. 転出（他県への転出等）  3. 患者本人・家族の希望  4. 死亡  5. その他

※報告書は、患者様外来カルテに綴ってください。