【様式１】

ＦＡＸ送信票

地域連携パス受入確認票兼運用開始依頼届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 会津医療センター  地域医療連携担当者：  Tel:0242-75-2100  Fax: | |  | |  | | --- | | 連携医療機関（かかりつけ医）  Tel:  Fax: | |

　平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、下記の患者様が胃内視鏡的粘膜下層剥離術を受ける運びとなりました。また、退院後の診察と「地域連携診療計画書」についての同意を得ております。術後の状態が安定いたしましたら、地域連携パスで術後の経過観察をお願いしたいと存じます。詳細は担当医より報告させていただきます。今後ともよろしくお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 | 会津医療センター  消化器内科 担当医師名（　　　　　　　　　　　 ） |
| 患者氏名・性別  生年月日 | 患者氏名（　　　　　　　　　　　　　　 ）　性別（　　　　）  生年月日（　　　　　年　　　月　　　日 ） |
| 診断名 | 早期胃癌 |
| 手術日 | 年　　　　月　　　　日 |

（連携医療機関で御記入をお願いします。このままFaxしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 受入の可否 | １．受入可　　　　　２．受入不可 |
| かかりつけ医 | 医師名（　　　　　　　　　　） |
| 担当役割内容 | 内視鏡検査、投薬、採血（必要時） |

（計画策定病院で記入しこのままFaxしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 共同診察開始日 | 年　　　　月　　　　日 |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>

【様式２】

ＦＡＸ送信票

地域連携パス診療経過報告書

報告日　　　　年　　月　　日

共同診療開始日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 会津医療センター  地域医療連携担当者：  Tel:0242-75-2100  Fax: | |  | |  | | --- | | 連携医療機関（かかりつけ医）  Tel:  Fax: | |

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、連携診察しております下記の患者様が受診されましたので、結果報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名・性別  生年月日 | 患者氏名（　　　　　　　　　　　　　　 ）　性別（　　　　）  生年月日（　　　　　年　　　月　　　日 ） |
| 診断名 | 早期胃癌 |
| 手術日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 共同診察開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 内視鏡検査結果 (採血データも) | □正常でした  □異常でした |
| CT検査結果  (採血データも) | □正常でした  □異常でした |
| 診療計画の変更 | □変更なし  □変更あり（項目：診察、観察、検査、治療、薬剤、処置、ケア） |
| 特記事項  (異常内容の詳細) | 検査・画像データ送付（　あり　・　なし　） |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>

【様式３】

ＦＡＸ送信票

地域連携パス　バリアンス・逸脱届

報告日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | 会津医療センター  地域医療連携担当者：  Tel:0242-75-2100  Fax: | |  | |  | | --- | | 連携医療機関（かかりつけ医）  Tel:  Fax: | |

平素より大変お世話になりありがとうございます。

この度、連携診察しております下記の患者様が受診されました際に

* バリアンスが確認されましたのでご報告いたします。
* バリアンス評価の結果を継続としましたのでご報告いたします。
* バリアンス評価の結果を逸脱としましたのでご報告いたします。
* バリアンスと逸脱が確認されましたのでご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名・性別  生年月日 | 患者氏名（　　　　　　　　　　　　　　 ）　性別（　　　　）  生年月日（　　　　　年　　　月　　　日 ） |
| 診断名 | 早期胃癌 |
| 手術日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 共同診察開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| バリアンス理由  (□にチェック)  逸脱理由 | □１，再発・再燃・合併症による治療方針・検査内容等の変更  □２，死亡  □３，連携先の変更（登録リスト内・外）  □４，県外への転出などによる通院困難  □５，連携先の閉院  □６，拠点病院または連携先のみでのフォロー希望  □７，パス運用中止の希望(患者・家族からの同意撤回、医療機関からの同意撤回)  □８，医師によるパス運用不適切の判断  □９，その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| バリアンス評価  策定病院医師が評価 | □継続：理由(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □逸脱：（　　　　　　　　　　　　　　　　）＊逸脱理由の番号を記載 |
| 今後の対応 |  |
| 逸脱日 | 年　　　月　　　日 |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>

【送信先】会津医療センター附属病院　地域連携室

FAX：0242-75-3409

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【様式４】

**地域連携パス　連携医療機関登録票**

令和　　年　　月　　日

会津医療センター附属病院長　様

当院は、貴院が策定する下記疾患患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

【登録情報】

胃内視鏡的粘膜下層剥離術後

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　- | | | |
| TEL | （　　　　　）　　　　　　　（内線　　　　　） | | | |
| FAX | （　　　　　） | | | |
| 事務担当  部署名 |  | | | |
| 担当者名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 【備考】 | | | | |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>

【送信先】会津医療センター附属病院　地域連携室

FAX：0242-75-3409

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【様式５】

**地域連携パス　連携医療機関登録内容変更・辞退申請届**

令和　　年　　月　　日

会津医療センター附属病院長　様

この度、登録情報の更新を申請いたします。

登録内容変更（　　　　　　　年　　　月　　　日より変更）

辞退申請

※登録内容変更の場合、下記に新旧の情報をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |
| ※旧コード |  |
| 医療機関名 |  |
| ※旧医療機関名 |  |
| 管理者名 | （事務担当者：　　　　　　　　） |
| ※旧管理者名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ※旧所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　）　　　　　　－ |
| ※旧電話番号 | （　　　　　　　　　）　　　　　　－ |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>