

豊川市民病院がん診療地域連携パス参加確認書

令和 年 月 日

医療機関名 _____

代表者名 _____

医療機関所在地 _____

電話番号 _____

がん診療地域連携パスを用いた豊川市民病院との連携を、

希望します →下記の表もご記入ください。

希望しません

対応可能ながん種、診療にチェックし、ご担当される医師名もご記載ください。

がん種	対応可能な診療	対応可能な場合のご担当医師
<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> UFT内服治療	<input type="checkbox"/> 上記代表者 <input type="checkbox"/> その他の医師 ご氏名 _____
<input type="checkbox"/> 胃がん	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> TS-1内服治療	<input type="checkbox"/> 上記代表者 <input type="checkbox"/> その他の医師 ご氏名 _____
<input type="checkbox"/> 肝がん	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> 肝疾患の治療（肝庇護薬の処方） <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤の処方	<input type="checkbox"/> 上記代表者 <input type="checkbox"/> その他の医師 ご氏名 _____
<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> UFT+LV内服治療 <input type="checkbox"/> ゼローダ内服治療 <input type="checkbox"/> TS-1内服治療	<input type="checkbox"/> 上記代表者 <input type="checkbox"/> その他の医師 ご氏名 _____
<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 経過観察のみ <input type="checkbox"/> ホルモン剤内服治療 <input type="checkbox"/> LH-RHアナログ製剤投与	<input type="checkbox"/> 上記代表者 <input type="checkbox"/> その他の医師 ご氏名 _____