

私のカルテ

地域連携パス名称	がん地域連携クリティカルパス(前立腺がん・前立腺全摘出術)
----------	-------------------------------

患者氏名	
------	--

区分	病院名	カルテ番号
計画策定病院(基幹病院)		
連携医療機関(かかりつけ医)		

<p><添付資料></p> <ol style="list-style-type: none">1. 「地域連携クリティカルパス」に関する説明書・同意書2. 地域連携診療計画書3. 診療情報共有書(診療情報提供書)4. 医療者用治療記録シート5. 患者さま用自己チェックシート
