

(様式1)

FAX:092-541-3390 九州がんセンター 相談支援・情報センター 行

がんの地域連携クリティカルパス使用登録書

登録年月日	20	年	月	日
施設名				
使用する連携パスの種類 (番号に○をつけてください)				
1. 胃がんステージ I 術後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
2. 大腸がんステージ I 術後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
3. 乳がんステージ0・I・II 術後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
4. 肺がんステージ IA・IB 術後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
5. 肝臓がんステージ I・II 切除または局所療法後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
6. 前立せんがん術後フォローアップ地域連携クリティカルパス				
使用責任医師・診療科				
地域連携室(相談支援センター)担当者				
連絡先				
住所:				
TEL:		FAX:		
e-mail:				
備考				