**地域連携パス診療経過報告書（連携医→計画策定病院）**

報告日：　　　　　年　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **＜計画策定病院＞****病院名：****診療科：　　　　　　　　　　　　　　　科****担当医：** **Fax：**  | **＜連携医療機関（かかりつけ医）＞****Tel：****Fax：** |
| 患者情報氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　　　　　　　生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　 |
| 経過を報告します。診察日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日□患者さんの状態に変化はありません。□患者さんの状態に変化があり、診療計画を変更しています。変更となった内容：（　　検査　・　　薬剤　・　処置　・　その他　）具体的内容： |
| その他特記する事項画像・検査データ添付（　あり　・　なし　） |