

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療連携室へFAXをお願いいたします。

パス名称 大腸がん術後補助化学療法『ゼローダ』連携シート

ID

連携医療機関

フリガナ

パス開始日

手術日

主治医

患者氏名

[illegible]

市立豐中病院