

がん治療連携に関する申込書兼アンケート

岡山県内統一がん地域連携パスにより、県内のがん拠点病院・地域がん診療病院・がん推進病院との連携をご希望の場合は下記のアンケートにお答えのうえ、岡山県がん診療連携協議会事務局まで郵送又は、FAXをお願いします。(毎月20日を締切りとし、月ごとにまとめて各拠点病院等に連絡します)

連携希望病院と治療連携をおこないたい癌種について○印をお付けください。

拠点病院・地域がん診療病院・推進病院側で厚生局へ「がん治療連携指導料」の届出を行います。

内容更新の手続き後は、中四国厚生局岡山事務所より「受理通知書」が届きますので大切に保管ください。

※施設名や住所、連携内容等の変更がありましたら、必ず事務局へご連絡ください。

貴施設名					
貴施設住所					TEL:
					FAX:
代表者御名前	役職名		氏名		
ご担当者御名前	役職名		氏名	届出希望時期	年 月

連携先保険医療機関の名称 (がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・ がん診療連携推進病院)	治療連携を希望するがんの種類				
	胃がん	大腸がん	乳がん	肺がん	肝がん
岡山大学病院					
岡山済生会総合病院					
総合病院岡山赤十字病院					
国立病院機構岡山医療センター					
川崎医科大学附属病院					
津山中央病院					
倉敷中央病院					
金田病院					
高梁中央病院					
労働者健康安全機構岡山ろうさい病院					
岡山市立市民病院					
川崎医科大学総合医療センター					
倉敷成人病センター					

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1
 岡山大学病院 医事課内
 岡山県がん診療連携協議会事務局
 電話:086-235-7072/FAX:086-235-7814