

がん治療連携に関する申込書兼アンケート (記入例)

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。
※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	○△□クリニック					
貴施設住所	岡山市北区○○町1-1			TEL: 000-000-0000		
				FAX: 000-000-0001		
代表者御名前	役職名	○○○	氏名	岡山 太郎		
ご担当者御名前	役職名	△△△	氏名	岡山 県一郎	届出希望時期	令和 3年 8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