

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 平成 27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	○	○	○	○	×

下記項目に關しましての貴施設の対応の可否について差し支えない範囲でお答え下さい。
 可否のいずれかに○をつけて下さい。

抗癌剤治療	注射(点滴、動脈注射など)		可・ <input checked="" type="radio"/> 否	経口抗癌剤投与	<input checked="" type="radio"/> 可・否	
栄養管理	経静脈栄養	中心静脈栄養	<input checked="" type="radio"/> 可・否	経管栄養	経鼻	可・ <input checked="" type="radio"/> 否
		CVポート	可・ <input checked="" type="radio"/> 否		胃ろう、腸ろう	<input checked="" type="radio"/> 可・否
呼吸管理	酸素療法		<input checked="" type="radio"/> 可・否	気管切開状態		可・ <input checked="" type="radio"/> 否
排泄管理	ストーマ	人工膀胱	可・ <input checked="" type="radio"/> 否	カテーテル	留置カテーテル	<input checked="" type="radio"/> 可・否
		人工肛門等	<input checked="" type="radio"/> 可・否		自己導尿	可・ <input checked="" type="radio"/> 否
疼痛管理			可・ <input checked="" type="radio"/> 否			
終末期ケア			<input checked="" type="radio"/> 可・否			