



〇〇〇病院

TEL

(代表)

あなたのお名前

さん

(連絡先： — —)

かかりつけ医

(電話 — —)

病院 科

電話

(代表)

この冊子の内容は大阪府がん診療連携協議会地域連携クリニカルパス部会大腸がん検討班(幹事施設:市立岸和田市民病院、大阪赤十字病院)の『大腸癌術後連携パス(医療者向け)』の一部を改変し、利用させていただいております。

大阪府がん診療連携協議会地域連携クリニカルパス部会大腸がん検討班:大阪医科大学付属病院、大阪市立大学付属病院、大阪大学付属病院、東大阪市立総合病院、市立岸和田市民病院、市立豊中病院、大阪南医療センター、府立急性期総合医療センター、大阪労災病院、大阪市立総合医療センター、大阪府立成人病センター、市立堺病院、吹田市立病院、大阪赤十字病院(順不同)

また、厚生労働省がん臨床研究事業「外来化学療法における部門の体制および有害事象発生時の対応と安全管理システムに関する研究」より印刷しております。

平成21年3月

200824065A 参考資料3

本研究報告書には下記のCD-ROMが添付されています。

課題名 「外来化学療法における部門の体制および有害事象発生時の対応と
安全管理システムに関する研究」

私の治療カルテ ー大腸連携パスー (ユーエフティ/ロイコボリン)

(H20ーがん臨床ー一般ー006 畠 清彦班)

参考資料3

