

平成23年 11 月吉日

関係医療機関 殿

自治医科大学附属病院  
病院長 島田 和幸  
【公印省略】

がん診療連携医療機関の確認について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、当院との医療連携につきまして何かとご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、栃木県がん診療連携協議会研修部会において検討されてきました「栃木県版5大がん診療地域連携クリニカルパス」がまとまりましたので、当院ではその運用を本年6月から開始することとしました。そこで、当院はがん治療連携計画策定料を算定する「計画策定病院」として、当院退院後の治療を担っていただく「保険医療機関（がん治療連携指導料を算定する医療機関）」と連携したいと考えております。

このため、5大がん（胃・大腸・肝臓・乳腺・肺）について当院と連携する保険医療機関の意向を確認したく、別紙「5大がん診療連携保険医療機関確認書」を送付させていただきました。

つきましては、5大がんのうち1つでも連携していただける医療機関につきましては、当該確認書を病診連携室までご返送（メールでも可）くださるようお願いいたします。承諾医療機関につきましては、連携医療機関として地方厚生局長あてに届出する予定としております。

また、連携承諾医療機関におかれましても、別添資料を参考に届出をされた上で、保険診療点数を算定されますようお願いいたします。

ご不明な点がありましたら担当までご連絡くださるようお願いいたします。

(追伸)

『栃木県版5大がん診療地域連携クリニカルパス』は、「自治医科大学附属病院地域医療連携部のホームページ」に掲載しております。

地域医療連携部 病診連携室

〒 329-0423

住所：栃木県下野市薬師寺 3311-1

電話：0285-58-7463 0285-58-7461

メールアドレス：[byoushin@jichi.ac.jp](mailto:byoushin@jichi.ac.jp)

## 5 大がん診療連携保険医療機関確認書

5 大がんの連携保険医療機関として自治医科大学附属病院と連携することを承諾します。

( 該当するがんに○をつけてください。また、診療計画の参考とさせていただくため、貴院の内視鏡設備等についてもご記載ください。 )

胃 ・ 大腸 ・ 肝臓 ・ 乳腺 ・ 肺

上部消化管 有 無 ・ 下部消化管 有 無

消化器内視鏡専門医の勤務(非常勤も含む) 有 無

平成 年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

※病院の場合 (病床数 \_\_\_\_\_ 床)

(連絡先)

所 属 名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

電 話 : \_\_\_\_\_