

西濃地域連携クリニカルパス バリアンス報告書

1. 疾患名 : 甲状腺がん
2. 患者氏名 : _____
3. 患者 I D : _____
4. 病院主治医 : _____
5. バリアンス確認 : _____
6. バリアンスの理由 : _____
7. パス継続 : _____

上記を記入し「よろず相談・地域連携課」へ提出。

