



西濃地区地域連携パス バリアンス報告書

1. 疾患名 : 心不全
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. バリアンス理由 : _____
7. パス継続 : _____