

## 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ID : \_\_\_\_\_
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。

