

西濃地域連携クリニカルパス 登録用紙

登録No. _____

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. 紹介機関 : _____
6. 登録日 : _____
7. 次回受診 : _____カ月後

上記を記入し「よろず相談・地域連携課」へ提出

