

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 : 子宮頸部上皮内がん術後
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。

