



## 西濃地区地域連携パス 登録用紙

登録 No. \_\_\_\_\_

1. 疾患名                   : 心不全
2. 患者氏名               : \_\_\_\_\_
3. 患者 I D                : \_\_\_\_\_
4. 病院主治医             : \_\_\_\_\_
5. 紹介機関                : \_\_\_\_\_
6. 登録日                  : \_\_\_\_\_
7. 次回受診                : \_\_\_\_\_