



## 西濃地域連携クリニカルパス 登録用紙

登録No.

1. 疾患名 : C型慢性肝炎（ウイルス排除後）
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 : \_\_\_\_\_ヵ月後

上記を記入し「よろず相談・地域連携課」へ提出。