

西濃地区地域連携パス 登録用紙

登録No. _____

1. 疾患名 : 前立腺がん ()
2. 患者氏名 : テスト 1 2 3
3. 患者 ID : 9900011
4. 病院主治医 : _____
5. 紹介機関 : _____
6. 登録日 : 平成 20 年 08 月 25 日
7. 次回受診 : _____ カ月後

上記を記入し「よろず相談センター」へ提出。