

西濃地区地域連携パス バリアンス報告書

1. 疾患名 : 前立腺がん
2. 患者氏名 : テスト 1 2 3
3. 患者 I D : 9900011
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「よろず相談センター」へ提出。