パスレポート

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| パスの名称 |  |
| パス作成時期 | 年　　　　月 |
| パス作成に  関与した職種 | □ 医師・歯科医師　　　　　□ 看護職　　　□ 薬剤師  □ 管理栄養士・栄養士　　　□ PT・OT・ST　　□ MSW・PSW  □ 放射線技師　　　□ 臨床検査技師　　　　□ 診療情報管理士  □ 病院事務職　　　□ ME  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| パス使用数/使用期間  （記載例：10件/1年間） |  |
| 患者用パスの有無 | * 有　　　　　　□ 無 |
| 作成レポート | |
| 1.個人の取り組み  提出したパスへの  自身の関わりを  入力してください。  （600字以内） |  |
| 2.施設の取り組み  下記のパス活動について、施設として、どのように取り組んでいるかを入力してください。  　（800字以内）  ＜必須内容＞  　2-① パス作成  　2-② 実践運用・評価・  　　　 見直しの過程  　2-③ 教育普及  ※必須内容の各番号を記入してから入力してください。 |  |