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。 |  |