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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者用パスの有無 | * 有　　　　　　□ 無 |
| パス使用数/使用期間  （記載例：10件/1年間） |  |
| 作成レポート  （800～1,200字）  ＜必須内容＞  1.施設全体の取り組み  ①パス作成  ②実践運用・評価・  見直しの過程  ③教育普及  2.提出したパスへの  自身の関わり  ※必須内容の番号を入力してから、取り組み、関わりを入力してください。 | 1-① |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事務局記入欄 | | | |
| 受付年月日 | 年　　　月　　　日受付 | 受付№ |  |
| 確　認 | □　レポート | | |