

腹部血管造影法（患者用クリニカルパス）

ID _____

入院年月日:20 年 月 日 退院予定日:20 年 月 日

患者氏名 _____ 様

主治医 _____

* 状況により予定が変更になる場合があります。ご了承ください。

	入院前	入院日	治療当日(	
--	-----	-----	-------	--