PCI連携パス（アウトカム）

3ヶ月受診前・症状出現時こちらの部分をFAXして下さい。

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　年齢＿＿＿＿才　　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿