

入院診療計画書

1 部：患者様用

※上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに当たって変わることもありますのでご了承ください

※ご質問等ございましたら気軽にスタッフへ声を掛けてください。

※ 特別な栄養管理の必要性 ☐ 有 ☒ 無

主治医 印  
又は署名

私は、上記診療行為について、主治医から十分な説明を受けました。

☐ 総合的な機能評価 ☐ 評価対象外  
 ・ 日常生活動作 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察  
 ・ 認知機能 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察  
 ・ 意欲 ☐ 問題なし ☐ 要経過観察

年 月 日 患者 又は 親権者・親族等サイン (続柄)  
 高知赤十字病院 外科 05-001-0(患者用)