

足関節骨折の手術を受けられる患者様へ

入院診療計画書（患者用パス）

疾患名

病棟(病室) (号室) 患者氏名

樣 主治医

印 主治医以外の担当者

特別な栄養管理の必要性 有・無 サイン

説明年月日

年 月 日

- ・診療内容等は現時点で考えられるもので、今後の検査等を進めていくにしたがって変化する場合もあります。その場合は再度説明いたします。
 - ・入院期間については、現時点で予想されるものです。

医師より診療計画内容について十分説明を受けましたので、実施に同意します。

年 月 日 患者又は家族署名 続柄()