

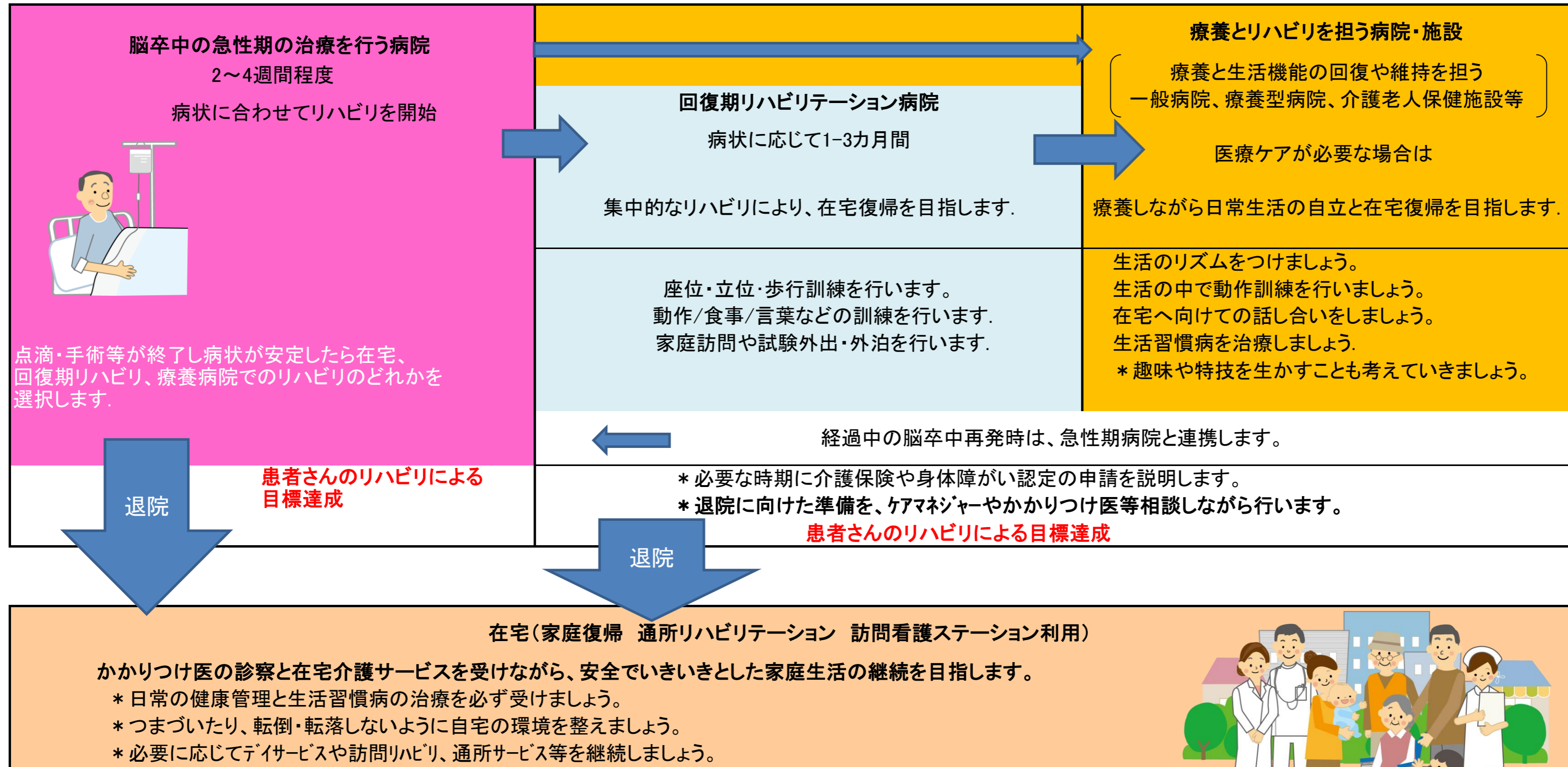
＜南河内圏域脳卒中地域連携診療計画書＞

患者様用

お名前

様

南河内地域では、脳卒中の状態に応じ、地域の機関でさまざまなスタッフが連携しながら治療・リハビリなどを受けて在宅復帰を目指していただきます。



病名等は現時点で考えられるものです。この内容は標準的な診療・看護・リハビリ等の入院計画です。病状によって変更する場合がありますのでご了承ください。



上記の内容の説明を行いました。 年 月 日
 説明者
 医師名 : _____
 看護師名 : _____

脳卒中の流れについて説明を受けました。
 記載された診療情報が各医療機関・施設で共有されることに同意します。
 年 月 日
 説明受け者(本人・家族)
 署名 氏名 : _____ (続柄 : _____)