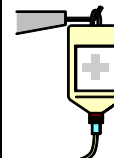


様 入院診療計画書（全身麻酔で耳（外耳、中耳）の手術を受ける患者さんへ）



主治医	年	月	日
看護師	年	月	日

管理栄養士 _____.

セラピスト _____.

患者署名 _____ 年 月 日
代諾者署名 (続柄) _____ 年 月 日

薬剤師 _____.

2025年 4月