

様 入院診療計画書 病名/症状 ( / ) 幽門側胃切除術を受けられる方へ

この予定表は、患者さんの状態に応じて変わることがあります。 何かご質問があれば看護師にお尋ねください。			主治医 _____ 年 月 日	管理栄養士 _____ セラピスト _____
			看護師 _____ 年 月 日	
			患者署名 _____ 年 月 日	薬剤師 _____
済生会福岡総合病院	外科	病棟	代諾者署名 _____ (続柄) 年 月 日	2025年 4月