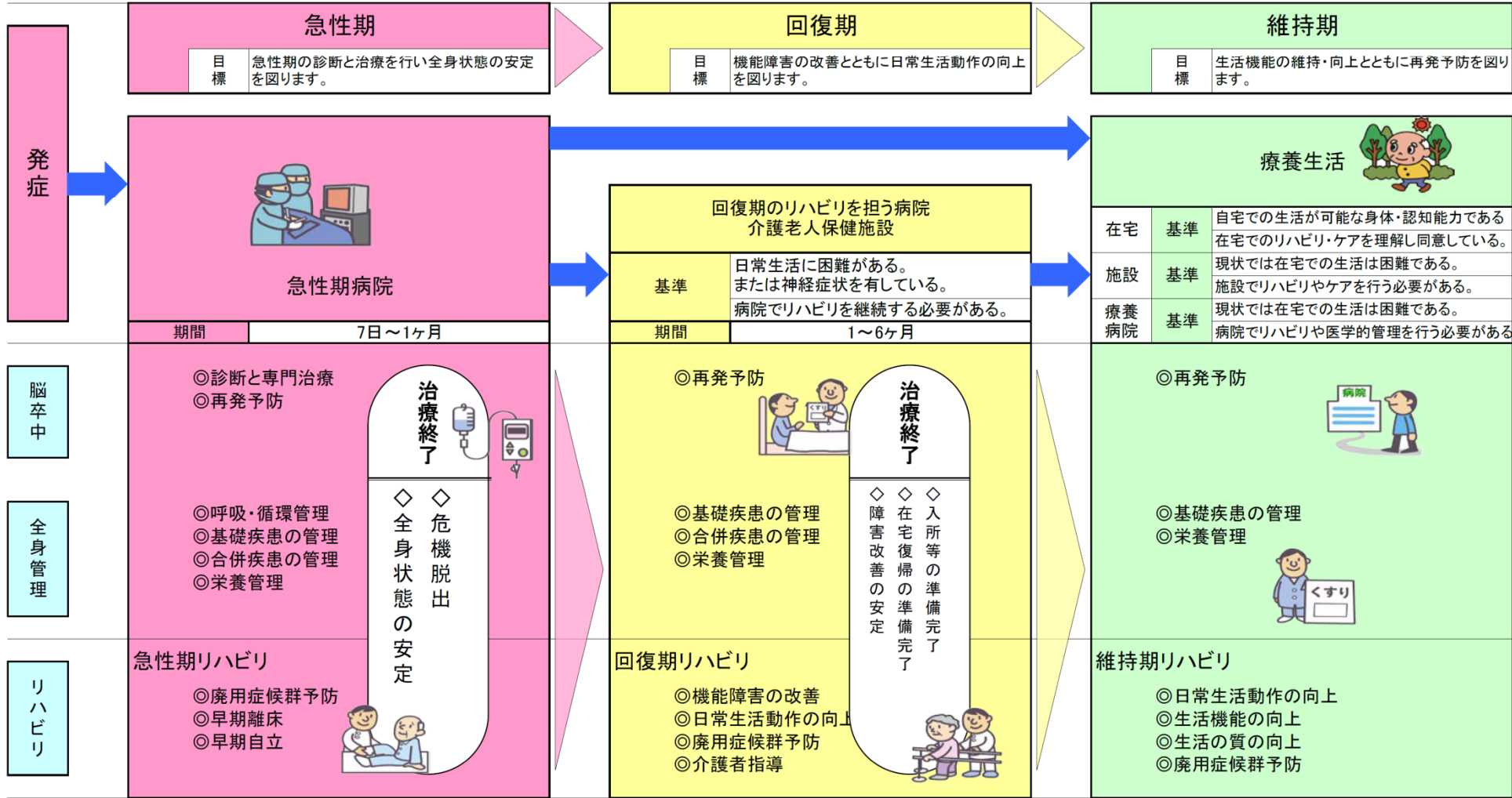


【添付資料】 地域医療連携診療計画書（変更前）

地域連携診療計画書

患者氏名		発症時年齢	0
病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血	性別	—

計画作成日	
計画説明日	
説明者(主治医)	



注: 入院期間などは現時点で考えられるものです。今後、患者様の状態、および治療やリハビリテーションの経過により変わる場合があります。ご了承ください。