



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 _____

大腿骨近位部骨折後の治療の流れについて説明を受けました。 _____ 年 月 日
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。

署名 患者氏名: _____

署名 氏名: _____ (続柄: _____)

連携する医療機関や老健施設と地域連携診療計画の評価・見直しや円滑な連携のための情報交換を定期的に行っています。急性期診療の経過、継続するケア、リハビリ等の情報提供を行い、切れ目のない医療を提供できるように努めています。