

ID		患者様名		病名		特別な栄養管理の必要性	☒ 無 ☐ 有			★退院指導★ 外来診察担当医 () 外来受診日 年 月 日 時 分 検査内容 予定日 (年 月 日 時 分
----	--	------	--	----	--	-------------	--	--	--	--

※上記内容は現時点で考えられるものであり、今後変わり得る場合があります。

りんくう総合医療センター 7階海側病棟

作成 : 2018.10

改訂 : 2025.08

説明日: 20 年 月 日

主治医(説明医): 印 (署名もしくは捺印)

完成後はコピーを1部取り、病棟用ファイルに入れ、原本を患者様にお渡し下さい。

本人/家族等: 続柄: