

ID番号
病名（他に考える病名）

@PATIENTID

氏名

@PATIENTNAME様

症状

@PATIENTWARD病棟

@PATIENTROOM

号室

担当医師

@USERNAME

印

担当看護師

担当薬剤師

その他担当者名

@SYSDATE

注1) 病名は現時点で考えられるものであり、今後の検査等を進めていくにしたがって変わり得るものです。

注2) 入院期間については現時点で予想されるものです。注3) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等様式の変更が直ちにできない場合、食事の欄に記載してもよい。

特別な栄養管理の必要性
有 ・ 無

上記内容について説明を受け同意いたしました

署名：

続柄：

福島県立医科大学附属病院
パス承認番号 (No.28) 承認月日 (平成28年11月2日)