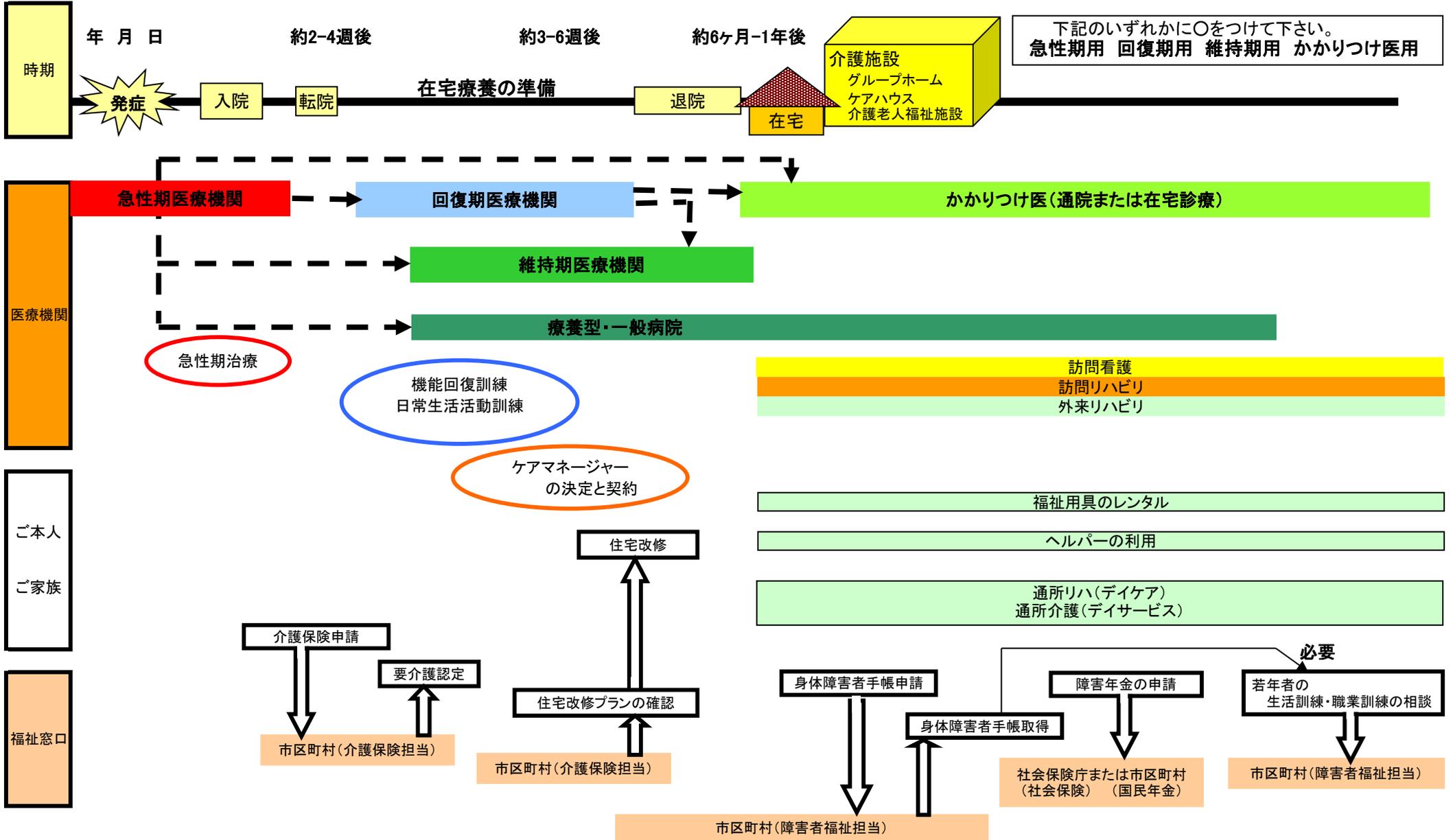


診療計画



下記のいずれかに○をつけて下さい。  
急性期用 回復期用 維持期用 かかりつけ医用

時期

医療機関

ご本人  
ご家族

福祉窓口