

(脳卒中地域医療連携計画書)

歲

(關係: )

コース	30日	60日	90日	120日	150日	180日
-----	-----	-----	-----	------	------	------

他の医療機関等とネットワークを通じて診療情報等を含む医療情報を伝送する旨を了承したものとします。状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談下さい。