

号室:

症狀：視野欠損・視力低下

特別な栄養管理の必要性： 有・無

その他担当者名:

注1)この計画書は現時点で考えられるものであり、今後病状等により変わります。その場合は再度説明いたします。 注2)入院期間については、現時点で予想されるものです。			兵庫医科大学病院眼科 2025.10.20改訂 承認番号55018-05
上記のとおり説明を受けました。			年 月 日
患者本人署名	親族又は代理人署名	患者との続柄	

兵庫医科大学病院眼科 2025.10.20改訂
承認番号55018-05