

## 高島町人工透析通院報告書

令和 年 月 日

(住 所) 高島町 \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

下記のとおり人工透析治療のため医療機関へ通院したことを報告します。

記

対 象 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
通院回数						

対 象 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
通院回数						

人工透析治療のため、上記のとおり当院へ通院したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 (住 所)

(名 称)

(取扱担当者名)