

高島町人工透析通院報告書

本人記入欄

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。

※4～9 月分は前期、10 月～3 月分は後期の様式をお使いください。

医師記入欄

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)