

人工透析通院報告書

令和 年 月 日

〒
住 所 寒河江市

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

令和 年 月～ 令和 年 月通院分

対象月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
通院回数	回	回	回	回	回	回

対象月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
通院回数	回	回	回	回	回	回

上記のとおり人工透析治療のため当院へ通院したことを証明します。

年 月 日

医療機関 住 所

名 称

印

担当者名