

|                                                                                          |     |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|
| 通 院 証 明 書                                                                                |     |                  |
| 人工<br>透析<br>患<br>者                                                                       | 氏 名 |                  |
|                                                                                          | 住 所 |                  |
| 人工透析開始年月日                                                                                |     | 年 月 日            |
| 透析を必要とする回数                                                                               |     | 週に 回又は 日ごとに 月に 回 |
| 当該患者の透析時間帯                                                                               |     | 時 分頃から 時 分頃まで    |
| 備 考                                                                                      |     |                  |
| <p>上記のとおり、人工透析のため、当院へ通院する必要があることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地<br/>名 称</p> <p>印</p> |     |                  |