

## が ん 治 療 受 診 証 明 書

|                |                                   |                            |     |       |
|----------------|-----------------------------------|----------------------------|-----|-------|
| 対 象 者          | 氏 名                               |                            | 性 別 | 男 ・ 女 |
|                | 住 所                               | 美郷町                        |     |       |
|                | 生年月日                              | 年 月 日                      |     |       |
| 病 名            |                                   |                            |     |       |
| 病 歴            | 治療方法                              | 手 術 ・ 放射線 ・ 化学療法<br>その他（ ） |     |       |
|                | 入 院                               | 年 月 日 ～ 年 月 日              |     |       |
|                | 通 院                               | 年 月 日 ～ 年 月 日              |     |       |
| その他参考<br>となる意見 | 【例】上記診断で、化学療法による脱毛あり、医療用ウィッグを要する。 |                            |     |       |

上記について、相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

㊞