

が ん 治 療 受 診 証 明 書

対 象 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所			
	生年月日	年 月 日		
病 名				
病 歴	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 その他()		
	補正具を必要とする理由 ※□に✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 治療の副作用として脱毛が認められるため <input type="checkbox"/> 乳房切除術を受けたため		
	入 院	～		
	通 院	～		
その他参考となる意見				

上記について、相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住所

名称

主治医 氏名

印