様式第２号（第５条関係）

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 | * 治療の副作用として脱毛が認められるため
* 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。

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関 住所

名称

主治医　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞