

## 受診報告書

紹介元医療機関名 病院  
担当医師 科 様

令和 年 月 日

所在地  
名称  
電話番号  
診療科名  
医師氏名

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
住所				電話番号	
初診日 年 月 日					
治療内容 <input type="checkbox"/> 入院透析 <input type="checkbox"/> 透析導入 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 外来透析 <input type="checkbox"/> 維持透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析					
今後の治療予定					
特記事項					