別紙７

|  |
| --- |
| 腎移植症例申立書 |
|  |
| １　腎移植症例数等 |
|  |
| (１) 腎移植臨床従事期間　　自 年　　　月 |  |
|  | 　（ 計　　　年　　　か月 ） |
| 至 年　　　月 |  |
|  |
| (２) 腎移植症例数 | 件 |
|  |
| ２　腎移植症例（直近の３症例について記載してください。） |
|  |
|  | 症例１ | 初診日 | 年　　月　　日 |  |
|  | 初診時年齢 | 歳 |  |
|  | 診断 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療方針 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療経過 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  | 症例２ | 初診日 | 年　　月　　日 |  |
|  | 初診時年齢 | 歳 |  |
|  | 診断 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療方針 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療経過 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  | 症例３ | 初診日 | 年　　月　　日 |  |
|  | 初診時年齢 | 歳 |  |
|  | 診断 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療方針 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 治療経過 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
| 上記に相違ありません。 |
|  |  |
|  | 年　　　月　　　日 |
|  |  |
|  | 医療機関名　 |
|  |  |
|  | 医師名　 |  |