（様式 2）

②診療実績の証明

症例一覧表

No.	診療日 年/月/日	病　　名	治療法	転帰	診療施設名
1	2022/11/2	両）ドライアイ	点眼治療	軽快し通院中	## 市民病院
2	2022/12/13	右）裂孔原性網膜剥離	大学病院へ紹介	転帰不明	## 市民病院
3	2023/1/17	両）白内障	点眼治療で経過観察	通院中	## クリニック
4	2023/1/31	右）加齢黄斑変性	抗 VEGF 薬注射	治療で通院中	## クリニック
5	2023/2/3	左）遠視性弱視	眼鏡とアイパッチ	通院中	## 市民病院

※記入する患者は初診患者でなくてもかまいません。

※同一患者を 2 回以上記入しないでください。

署名・捺印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※診療実績における署名・捺印は申請者本人が行ってください。

※この様式書式については現在検討中であり、今後修正が行われる可能性 がありますので、実際の申請様式としては使用しないでください。

見本