

②診療実績の証明 様式記入例

症例一覧表

No.	初診日 年/月/日	年齢	性別	病名	治療法	転帰	診療施設名
1	2022/11/2	32	女	両) ドライアイ	点眼治療	軽快し通院中	## 市民病院
2	2022/12/13	55	男	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	80	男	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	72	女	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	6	男	左) 遠視性弱視	眼鏡とアイパッチ	通院中	## 市民病院

※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。

署名・捺印 _____ 印

**※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