

記入例

様式第3号(第1条第2号関係)

申 立 書	
福 島 市 長	市役所(障がい福祉課)に提出する日 年 月 日
	透析患者本人の氏名 申請者氏名
<p>私は、次の理由により居住する福島市の医療機関又は最寄りの医療機関で人工透析を受けることができませんので申し立てます。</p>	
理 由	<p>この欄には、なぜその医療機関に通院するのかという理由を記入してください。</p> <p>例)・最寄に〇〇病院があるが、受け入れが出来ないため〇〇病院への紹介となり、以来そこで人工透析を始めました。</p> <p>・令和〇〇年から〇〇病院に通院しており、かかり付けの主治医のいる〇〇病院にて人工透析を始めました。</p>
通院する医療機関 の 医 師 の 意 見	<p>この欄は透析のため通院する医療機関の医師に記載してもらってください。</p> <p>例)・令和〇〇年〇〇月に当院にて内シャント造設、以来当院にて透析継続加療中であり、今後においても引き続き当院にて経過観察、透析を継続する必要がある。</p> <p>その他透析患者本人の身体に関する特記事項・・・など</p> <p style="text-align: center;">通院する医療機関、担当医師の氏名を記入してもらってください</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名</p>