

(様式第8号)

肝炎治療受給者転帰報告書

年 月 日

愛媛県知事 様

医療機関 所在地

名 称

代表者

印

年度に承認されました下記の患者について、転帰事由が生じたので、報告します。

記

| 受給者番号 | 患者氏名 | 疾患名 | 転帰事由 | | | | 転帰年月日 |
|-------|------|-----|------|----|----|-----|-------|
| | | | 治癒 | 中止 | 死亡 | その他 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

注意事項

- 1 転帰事由の該当する項目に○を付けてください
- 2 事由の「その他」は、他法適用、県外転出等が把握できた場合に記入してください。