様式第２号（第６条関係）

大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業医療機関受診証明書

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者
（医療用ウィッグ等を装着する者）</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記の者について、疾病による外見の変化が見られるため医療用ウィッグ（全頭用）等の装着を必要とすることを証明します。

申請に係る証明書の要否を判断するため、該当するものにチェックをつけてください。
・当該疾病の改善（医療用ウィッグが不要となる程度）までに要する期間の見込について
□１年未満　□１年以上２年未満　□２年以上３年未満
□３年以上

上記の者の疾病にかかる治療歴があれば、以下に記入をお願いします。</td></tr>
<tr><td>疾病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療歴
※該当があれば記入</td><td>治療方針</td><td colspan="2">手術療法　・　化学療法　・　放射線療法
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>入　院</td><td>年　　月　　日から</td><td>年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>通　院</td><td>年　　月　　日から</td><td>年　　月　　日まで
・
通院中</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他参考となる意見</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記について、相違ないことを証明します。

年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

医　師　　氏　名

（医師が自署又は記名押印）