01 施設コード

0	8	S							9

シート（Ⅲ）　登録済み患者年度末調査表

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記入者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　透析患者数（　　人）

※治療方法を必ずご記入下さい。

| 透析患者情報（修正は必ず赤ペンで） | | | | | | | | | | | | | 本年度調査記入欄 | | | | | | 変更記入欄 | | | 予後関連因子 | | | | | | | | | | | | |