

実績報告書（ 年 月分～ 月分）

医療機関名 _____

| NO | 対象 小児 年齢 | 死亡日 | 撮影日 | 撮影機器の種類等（該当する項目に○） | | | |
|----|----------------|-------|-------|--------------------|-----|------|-----|
| | | | | CT | MRI | 一般撮影 | その他 |
| 1 | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 2 | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 3 | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 4 | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |
| 5 | 歳 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | |