

番号	年代	性別	居住地	診断日	死亡日
1	70代	男性	都内	—	—
2	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—

※ 患者・御家族の人権尊重・個人情報保護に御理解と御配慮をお願いします。