

特定疾病に関する意見書

住 所	
氏 名	
生年月日	年 月 日
疾病の名称	※下記のいずれかの番号を○してください。 1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

上記のとおり診断する。

年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関名称 _____

担当医師氏名 _____

(担当科) _____ (連絡先) _____