

意見書

年 月 日

所在地 _____

医療機関

名称 _____

(電話) () -

医師(歯科医師)氏名 _____ (印)

次のとおり相違ありません。

患者 (被保険者)	住所					
	氏名		性別	男・女		
	生年月日	年	月	日		
疾病名	1 人工腎臓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因子障害又は血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
上記疾病の 診療開始日	年	月	日	診療区分	1 入院	2 入院外
具体的治療内容	_____ _____ _____ _____ _____					
備考						