

## 特定疾病療養に関する医師の意見書

療 養 を 受 け て い る 者	氏 名			
	生年月日	明 治 大 正 昭 和	年      月      日	男 ・ 女
	居住地			
	疾病の名称	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</li> <li>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）</li> <li>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。）</li> </ol>		

※該当する番号に○印をつけてください。

医 師 の 意 見 書	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。		
	平成      年      月      日		
	療養取扱機関の名称 _____		
	所在地 _____		
医師名 _____ (印)			