

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 年 月 日 昭 和
	居住地	長 崎 県 市 町 郷 番 地
	疾病の名称	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等(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(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。)

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。
	令和 年 月 日
	療養取扱機関の 名 称
	所在地
	医師名