

特定疾病認定の申請にかかる医師の意見書

(住 所) \_\_\_\_\_

(氏 名) \_\_\_\_\_

(生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記の者は、

病名	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 先天性血液凝固第8因子障害
	<input type="checkbox"/> 先天性血液凝固第9因子障害

により、

診療開始日	より	<input type="checkbox"/> 人工腎臓	を
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		<input type="checkbox"/> 血漿分画製剤の投与	

実施中であることを証明し、治療上必要であることを認める。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保険医療機関

所在地：

名称：

医師：

電話：