

医師の意見書

|                          |                                 |     |  |
|--------------------------|---------------------------------|-----|--|
| 患 者 氏 名                  |                                 | 住 所 |  |
| 生年月日                     |                                 |     |  |
| 病 名                      |                                 |     |  |
| 意<br><br>見<br><br>欄      | (追加で検査等実施した場合、その検査日も必ずご記入ください。) |     |  |
|                          | 診断年月日：令和      年      月      日   |     |  |
| 年    月    日              |                                 |     |  |
| 医療機関所在地                  |                                 |     |  |
| 名                      称 |                                 |     |  |
| 電                      話 |                                 |     |  |
| 医師の氏名                    |                                 |     |  |
| 印                        |                                 |     |  |

※必要と思われる際には、本意見書を臨床調査個人票に添付して下さい。

※意見欄にある診断年月日には、継続審査に係る通知を受けてから改めて、当該指定難病について基準を満たしたと総合的に判断された日をご記入ください。(当初申請時と同じ日になることも想定されます。)