

(別紙)

意見書

患者氏名	男・女
住所	
生年月日	
診断年月日	
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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者）
備考	

※疾病名欄は該当の疾病番号を○で囲んでください。

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

※この意見書と同等の内容が記載されているものであれば、別様式での提出も可能です。