

後期高齢者医療特定疾病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	<p style="margin-left: 40px;">1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p style="margin-left: 40px;">2 血友病</p> <p style="margin-left: 40px;">3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p>				

医 師 の 意 見 欄	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 医療機関	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p style="margin: 0;">名称</p> <p style="margin: 0;">所在地</p> <p style="margin: 0;">医師名</p> </div> </div>

⑩