

特定疾病認定に関する医師の意見書

氏 名		
生年月日	明 治 大 正 年 月 日 昭 和	男 ・ 女
居住地		
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（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。）	

※該当する番号に○印をつけてください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

保険医療機関名称 _____

所在地 _____

保険医氏名 _____