

特定疾病療養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
	住所		
	疾病の名称	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害等（いわゆる血友病）</p> <p>3 抗ウィ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に係るものに限る。）</p>	

医師の意見書	上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。		
	平成	年	月 日
	療養取扱機関	名称	
		所在地	
		医師名	印