

疾病にかかっていることに関する意見書

受療者 氏名		生 年 月 日	
		年 月 日	
疾病名	1. 慢性腎不全	診療開始日	年 月 日
	2. 血友病 3. ()	人工透析 開始日	年 月 日 (慢性腎不全の場合のみ記入)

病状に関する医師の意見

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

医療機関名 _____

所在地 _____

医師名 _____

