

# 医学的意見書

氏名		生年 月日	年 月 日	年齢	歳
障害名					
既往症					
現 症					
意 見					
年 月 日					
医 療 機 関 名  医 師 名 (更生医療の「主たる医師」)					

記入して下さる主治医の方へ：家族及び福祉事務所の依頼により、障害者更生相談所で、医師が判定を行う際の資料として重要なのでお手数ですがお願いいたします。

※下記の項目に該当し、病状及び治療方針について前回と変更がない場合は「(第7号様式)医学的意見書」の省略が可能です。

- ・腎臓機能障害に対する人工透析療法
- ・心臓・腎臓・肝臓の機能障害による移植術後の抗免疫療法
- ・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害に対する抗HIV療法、免疫調整療法
- ・小腸機能障害に対する中心静脈栄養療法