

# 特定疾病療養に関する医師意見書

住 所 豊中市

患者氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

上記の者は、

	病 名
	慢性腎不全
	先天性血液凝固第Ⅷ(8)因子障害
	先天性血液凝固第Ⅸ(9)因子障害
	後天性免疫不全症候群 (HIV 感染を含む)

により、 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (診療開始日) から、

	治 療 方 法
	人工腎臓
	血漿分画製剤の投与
	抗ウイルス製剤の投与

を実施中であることを証明し、治療上必要であることを認める。

年 月 日

保険医療機関

所在地

名 称

医 師