

様式第六号(第十二条関係)

意見書

令和 年 月 日作成

| | | | | | |
|--|----|--------------------|--|----------------------|--|
| 負傷又は 疾病の名称 | | 被爆者 健康手帳 の番号 | | 被爆者の 氏名及び 生年月日 | |
| 既往症 (※1) | | | | | |
| 現症所見 (※2) | | | | | |
| 当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※3) | | | | | |
| 必要な医療の内 内容及び期間 (※4) | 内容 | 期間 (入院) | | (通院) | |

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。