

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		被爆者氏名	
				生年月日	年 月 日生
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。