

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。