

(特定疾患治療研究事業用)

意見書

対象患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特定疾患名 _____

 対象診療科 _____ 科 ※診療科名を記載してください。 施術（あんま・マッサージ・はり・きゅう） ※対象施術に○を付けてください。

当該治療（施術）の内容について、次のとおり意見します。

【参考】公費負担の対象とする医療とは

- 特定疾患治療研究事業で認定を受けている疾患に対する治療
- 当該疾患に付随して発現した傷病に対する治療
- 当該疾患に対する医療措置が原因による副作用に対する治療

治療（施術）が特定疾患対象治療であることの有無（有・無）

理由

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

記載医師氏名 _____ 印 _____