

意見書

令和 年 月 日 作成

負傷又は疾病の名称		被爆者の氏名	
被爆者健康手帳の 番号		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。