**意見書**

様式第六号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |