

意 見 書

患者氏名 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日

病 名

1, 血 友 病

2, 慢 性 腎 不 全

(人工透析 週 回 実施・見込)

3, 血液製剤によるH I V感染症

以上のとおりです。

年 月 日

病院または診療所の名称

所在地

医師氏名