

【参考様式】

医師意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	—
	年 月 日生(歳)		連絡先	()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
医師氏名		電話 ()		
医療機関名				
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			

(1) 病名及び発症年月日 ○病名 _____ ○発症年月日 (年 月 日頃)
(2) 人工肛門・人工ぼうこうを造設した手術の日 ○ 年 月 日
(3) 現在の治療場所 ○ 在宅 ○ 入院中 ○ その他 ()
(4) 閉鎖手術の予定 (時期が未定の場合、下記に理由等をご記入ください) ○ 閉鎖手術の予定なし (永久ストーマ) ○ 閉鎖手術の予定あり (年 月 日ごろ) (一時ストーマ) ○ 閉鎖手術の予定であるが、時期が未定 (一時ストーマ) (下記に理由等をご記入ください) 【理由等記載欄】
(5) 医師所見事項