

様式第六号（第十二条関係）

意見書

年 月 日作成

負傷又は疾病の 名称		被爆者健康 手帳の番号	被爆者の氏名 及び生年月日	年 月 日生
既往症				
現症所見 （※1）				
当該負傷又は疾病に 関する放射線起因の 爆弾の放射線等につ いての医師の見及 びその理由 （※2）				
必要な医療の 内容及び期間 （※3）	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）現在の症状・所見、その履歴などについて、具体的な内容を記入してください。  
 （※2）放射線に起因する場合は、その根拠を記入してください。なお、不明な場合は、特段の記載が無くとも結構です。  
 （※3）可能な限り詳細に記入してください。