

診 断 書 (医療特別手当用)

氏名、 生年月日 及び居住地	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女	郵便番号 ー 電話番号 ()
認定疾病 の名称(※1)			
認定疾病に関 する現症及び 検査所見			
認定疾病 に対する 治療状況	認定疾病に係る受診状況 (いずれかに○) (※2)		
	ア. 定期的に受診し現在治療中 イ. 定期的に受診し経過観察中 ウ. 定期的に受診はしていない		
	認定疾病に対して過去に行った主な治療 (手術等)		
	(手術等) (実施時期)		
	現在行っている治療の内容 (「認定疾病に係る受診状況」でアに○をつけた場合に記入)		
	認定疾病自体に対するもの		
認定疾病以外 に関する 特記事項	認定疾病の治療によって生じた疾病 (後遺症等) に対するもの		
	(疾病名) (治療内容)		
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名 印</p>			

記入上の注意等

(※1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 11 条第 1 項又は第 24 条第 2 項の認定に係る負傷又は疾病 (本診断書では「認定疾病」とします。) の名称を記入してください。

(※2) 「定期的に受診」には、本診断書の記載のための受診は含みません。