

意見書

認定番号	氏名	性別	生年月日	認定疾病
		男・女	明治 大正 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎及びその続発症 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息及びその続発症 <input type="checkbox"/> 肺気腫及びその続発症

1. 医学的検査を受検できない理由

2. 内容

項目	認定疾病()	その他の疾病()
病状の 経過の 概要		
主治医の 見解		

3. 入院中の検査資料(あればご記入の上、添付してください)

上記のとおり意見書を提出します。

年 月 日

東 大 阪 市 長 様

医療機関

所在地

名称

医師

⑩

(記名押印または署名)