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 |  |
| 既 往 歴  （※１） |  | | | | |
| 現症所見  （※２） |  | | | | |
| 当該負傷又は疾病に関する原子爆弾の放射線起因性等の意見及びその理由  （※３） |  | | | | |
| 必要な医療の内容及び期間  （※４） | 内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　期間（入院）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（通院） | | | | |

医療機関の名称及び所在地

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（※１）　過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。

（※２）　現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入して

ください。

（※３）　放射線に起因すると考える場合は、その根拠を記入してください。

　　　　なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。

（※４）　可能な限り詳細に記入してください。