

(様式第8号)

先天性血液凝固因子障害等治療医療機関変更・追加意見書

受 給 者	受給者番号								
	氏名				男 女	生年月日	年 月 日		
	住所								
	変更・追加を 必要とする理由 (患者記入)								

変更・追加する医療機関の担当医師の意見

(現在の病状及び合併症等)

(今後の治療方針 [疾病の特異的治療等について具体的に記載してください])

年 月 日

医療機関名・科名・医師名

注 変更・追加する医療機関で診療を受けて14日以内に提出してください。