

【参考様式】

医師意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
医師氏名		印	電話 ()
医療機関名			
医療機関所在地		FAX ()	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		

(1) 病名及び発症年月日	
○病名 _____	
○発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)	
(2) 人工肛門・人工ぼうこうを造設した手術の日	
○平成 年 月 日	
(3) 現在の治療場所	
○在宅	
○入院中	
○その他 ()	
(4) 閉鎖手術の予定	
○閉鎖手術の予定なし(永久ストマ)	
○閉鎖手術の予定あり(平成 年 月 日ごろ)(一時ストマ)	
○閉鎖手術の予定であるが、時期が未定(時期が未定の場合、下記に理由等をご記入ください)(一時ストマ)	
【理由等記載欄】	
(5) 医師所見事項	