

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書 兼医師の意見書

申請者記載欄										
受給者	氏名					男女	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
	住所									
	受給者証番号						受給者証に記載の有効期間	自： 年 月 日	至： 年 月 日	
<p>大阪府知事 様</p> <p>上記受給者のインターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。</p>										
申請年月日		年 月 日								
申請者住所		〒								
申請者氏名						Ⓜ	受給者との続柄			

※申請者が自署する場合、押印の必要はありません

医師の意見書 (主治医記載欄)		該当に <input checked="" type="checkbox"/> (チェック)、 () 内には必要事項をみれなく記載ください。	
<p>受給者証有効期間内で治療が一時中断となった理由について</p> <p><input type="checkbox"/> 副作用による休薬のため</p> <p><input type="checkbox"/> 他疾患の治療を優先するため (疾患名:)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (理由:)</p>			
<p>上記の理由により、インターフェロン投与期間において当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断します。</p> <p>【記載年月日: 年 月 日】</p> <p>【医療機関名】 【医療機関電話番号: ()】</p> <p>【医療機関所在地】</p> <p>【医師の氏名】 Ⓜ</p> <p>(医師名は自署または記名押印のこと)</p>			

備考欄		保健所受付印		大阪府受付印	
-----	--	--------	--	--------	--