

申請者ご自身がご記入ください

- ・ 氏名 \_\_\_\_\_
- ・ 住所 \_\_\_\_\_
- ・ 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

・ 現在の心身の症状

※医師の意見を依頼する前に、申請者ご本人が記入してください。

※1～7について、該当するものに○をつけてください。

- 1 頭痛    2 神経痛・しびれ    3 全身倦怠感・ひどい疲れ    4 不眠
- 5 呼吸器症状 (具体的に: \_\_\_\_\_)
- 6 眼の症状 (具体的に: \_\_\_\_\_)
- 7 その他の症状 (具体的に: \_\_\_\_\_)

医師の意見

医師がご記入ください

上記の者は、

イ. 以下の疾患により、継続的な加療を要します。

疾患名 \_\_\_\_\_

ロ. 継続的な健康管理を要します。

※イ又はロについて、該当するものに○をつけてください。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

※医師の方々へ

これは、カネミ油症の発生当時に油症患者と同居していたの方々について、油症患者として認定するための申請に必要な書類です。申請者の心身の症状から、継続的な加療を要するか、継続的な健康管理を要するかを、ご記載いただくようお願いいたします。