

医師意見書（がん以外の疾病等）

年 月 日

鳥取県知事 様

医療機関（医療機関名及び住所）

医師名 _____ ㊟

（署名又は記名押印）

下記のとおり証明します。

治療対象者	氏 名	
	住 所	
	生年月日	年 月 日
疾患名等		
症状の内容		
治療の内容・方法		
発症日または治療開始日		年 月 日
※全項目該当必須 <input type="checkbox"/> 頭部全体の概ね25%以上の脱毛を認める。 <input type="checkbox"/> 性ホルモン（男性型または女性型）や加齢を原因とした脱毛ではない。 <input type="checkbox"/> 治療が長期化し、あるいは回復が見込めないために、ウィッグを推奨する状態である。		