

旧優生保護法一時金支給請求に係る診断書

1. 請求者情報

| | | | | | |
|-----------|--------------|-----|---------------------|--|--|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | |
| 請求者 氏名 | | 男・女 | (大正・昭和・西暦) 年 月 日 | | |
| 請求者 住所 | 〒 都・道 府・県 | | | | |

2. 既往歴

(有 ・ 無)

3. 自覚症状

(有 ・ 無)

4. 手術痕

| | 男性 | 女性 |
|------------------------|--------------|--------------|
| 手術痕の 位置 (図 示) | | |
| 位置や 長さ | (位置) (長さ) | (位置) (長さ) |

5. 備考欄

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名

記載日時

年

月

日

住所

担当医師

印