様式第４号（第４条関係）

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 □頭部全体の概ね２５％以上の脱毛を認める。 □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。 □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。		