

診断書等申込書(小児慢性特定疾病専用)

管理No			
------	--	--	--

入院中 [東・西・南] 階

※青の枠内へご記載ください

/ 科に依頼する

申込日	令和 年 月 日	病棟受付 (東・西・南 階)	
患者番号 (受診カードNo.)	000	受付者	
フリガナ		診療科	科
患者氏名		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) 姓 名
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	担当医師	医師
申込者氏名	(続柄) ご本人・ご家族以外の場合は同意書が必要です。 同意書(あり・待ち)		
申込者連絡先	〒 - 電話 ()		
受取方法	郵送 (患者住所・他住所) ※郵送を希望されない方は、申込時にお伝えください		
依頼文書	小児慢性特定疾病意見書[] [新規・更新] (入院中・ / 予定)		
	成長ホルモン治療用意見書		
	療育支援連絡票		
	人工呼吸器等装着者申請時添付書類		
	意見書の記載に必要なため、下記事項についても記載をお願いします。		
出生地	都道府県	市区町村	
出生体重	g	出生週数	在胎 週
※出生都道府県は母子健康手帳に記載されている、出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記載して下さい			
現在の身長・体重	身長	cm	体重 kg
手帳取得状況	身体障害者手帳	・なし ・あり (等級 1級 2級 3級 4級 5級 6級)	
	療育手帳	・なし ・あり	
	精神障害者保健福祉手帳	・なし ・あり (等級 1級 2級 3級)	
就学・就労状況	・就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級) 高等学校(専攻科を含む) ・特別支援学校(小中学部・専攻科含む高等部) ・高等専門学校 ・専門学校/専修学校など ・大学(短期大学を含む) ・就労(就学中の就労も含む) ・未就学かつ未就労 ・その他()		
《備考欄》			

※ 意見書のお渡しまでに3週間程度かかる場合があります

コスト 令和 年 月 日 (外来・入院) ・なし	
※事務連絡欄	郵送 登録の住所へ ・封筒あり
	要電話連絡 自宅 ・携帯
	連絡時間帯 ~
	留守電OK