

診断書等申込書(小児慢性特定疾病専用)

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 管理No |  |  |  |
|------|--|--|--|

2025.8 版

※青の枠内へご記載ください

|             |   |
|-------------|---|
| 入院中 [東・西・南] | 階 |
|-------------|---|

|                                                                       |                                                                                                                                       |                       |                                |             |    |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------|----|
| 申込日                                                                   | 令和 年 月 日                                                                                                                              | ／ 科に依頼する。             |                                | DocuMaker書式 |    |
| 患者番号<br>(受診カードNo.)                                                    | 000                                                                                                                                   | 病棟受付 (東・西・南 階)        |                                | 有           | 無  |
| フリガナ                                                                  | 受付者                                                                                                                                   |                       |                                |             |    |
| 患者氏名                                                                  | 診療科                                                                                                                                   |                       | 科                              |             |    |
| 生年月日                                                                  | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日                                                                                                                  | 担当医師                  | 医師                             |             |    |
| 産(病棟行)・乳腺・消外・麻酔は共通選択(医師へ依頼はしない)<br>歯科は共通を選択し医師依頼まで行う<br>遺伝子診療部:医師名要確認 |                                                                                                                                       |                       |                                |             |    |
| 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)<br>・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<br>・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<br>・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 | 渡し日 令和 年 月 日 (郵送・病棟・窓口・キャンセル) |             |
| ※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       |

(この用紙は処理済後も必ず2番窓口へお返してください。) 診断書係 0263-37-2762 (内6171・6172)