

小児慢性特定疾病医療意見書（別紙）

意見書の記載にあたり下記の欄にご記入をお願いいたします。

記載日 年 月 日

患者氏名

出生体重	g	出生時に 住民登録を した所	都道府県（ ）
出生週数	在胎 週 日		市区町村（ ）
現在の 身長・体重	身長（ ）cm / 体重（ ）g		
就学・就労 状況 ※該当する ものに○を してください	1. 就学前 2. 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） 3. 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） 4. 高等学校（専攻科を含む） 5. 高等専門学校 6. 専門学校/専修学校 7. 大学（短期大学を含む） 8. 就労（就学中の就労も含む） 9. 未就学かつ未就労 10. その他（ ）		
手帳取得 状況 ※該当する ものに○を してください	1. 身体障害者手帳 なし・あり（1級・2級・3級・4級・5級・6級） 2. 療育手帳 なし・あり 3. 精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳） なし・あり（1級・2級・3級）		