

## 医療機関提出用「基本情報」

【保護者の皆様へ】

主治医に医療意見書を作成していただく際には、下記項目太線枠内を記入の上、医療機関の窓口にご提出ください。

患者情報	(1) 受給者番号		
	(2) 氏名 <sup>ふりがな</sup>		
	(3) 性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
	(4) 生年月日	年 月 日生	
	(5) 出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
	(6) 出生体重	g	
	(7) 出生週数	在胎 週 日	
	(8) 現在の身長	cm (測定日： 年 月 日)	
	(9) 現在の体重	kg (測定日： 年 月 日)	
	(10) 就学・就労状況 (該当するものに○をつけてください。)	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)・高等専門学校・専門学校/専修学校など ⑤ 大学 (短期大学を含む) ⑥ 就労 (就学中の就労も含む) ⑦ 未就労かつ未就学 ⑧ その他 ( )	
	(11) 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 (障害者手帳)		なし・あり (等級：1級・2級・3級)	

【医療機関の皆様へ】

本書の記載情報をご参照の上、医療意見書を作成くださるようお願いいたします。

※基本情報の項目は、医療意見書において必須項目となっており、未記入の場合、審査会で保留照会となる可能性がありますので、記載にご協力をお願いします。

※医療費助成の有効期間開始日の確認に使用するため、医療意見書の診断年月日欄を必ずご記載ください。(診断年月日欄のない旧様式の場合は、記載年月日を記載するページの余白に「診断年月日：〇〇年〇月〇日」と記載願います。)

診断年月日…当該小児慢性特定疾病と診断し、且つ、当該小児慢性特定疾病が原因で、疾病の状態の程度を満たすと総合的に判断した日