

B.小児慢性特定疾病医療意見書内容確認書

当院以外で処方された薬を服用中の方は、処方内容をご提示ください

患者氏名 _____ 様

【基本情報】

区分	<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 継続(医療券の有効期限: _____ 年 _____ 月 _____ 日まで) 前回作成 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他の医療機関(_____) 当院から前回作成医療機関への問い合わせ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 不可の場合は診断書コピーをご提出ください	
以前の登録氏名 継続の方で氏名を 変更された方は ご記入ください	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	〒 _____ - _____			
出生地	都道府県		市区町村	
出生体重	_____ g		出生週数	在胎 _____ 週 _____ 日
手帳取得状況				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 <input type="checkbox"/> 4 級 <input type="checkbox"/> 5 級 <input type="checkbox"/> 6 級)			
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり			
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級)			
就学・就労状況	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 小中学校(<input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校(<input type="checkbox"/> 小中学部 <input type="checkbox"/> 専攻科を含む高等部) <input type="checkbox"/> 高等学校(専攻科を含む) <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 専門学校/専修学校など <input type="checkbox"/> 大学(短期大学を含む) <input type="checkbox"/> 就労(就学中の就労も含む) <input type="checkbox"/> 未就学かつ未就労 <input type="checkbox"/> その他(_____)			

ご記入ありがとうございました
こちらの用紙を②文書窓口にお出しください

【事務記載】 保険情報

保険者番号		被保険者記号	
被保険者番号		被保険者個人単位枝番	
資格取得年月日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		