

B.小児慢性特定疾患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	□新規	□継続(医療券の有効期限: 年 月 日まで) 前回作成 □当院 □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 □可 □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	□1.なし □2.あり(等級 □1級 □2級 □3級 □4級 □5級 □6級)			
療育手帳	□1.なし □2.あり			
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	□1.なし □2.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) □特別支援学校(□小中学部 □専攻科を含む高等部) □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 □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()			

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		