



告示番号		10		免疫疾患		平成（		）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書		2/2	
受給者番号（				）							
患者		ふりがな 氏名				男・女		生年月日		平成 年 月 日（満 歳）	
大分類病名		5		原発性食細胞機能不全症および欠損症				細分類病名		35 重症先天性好中球減少症	
5. 今後の療法方針											
就学・就労		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. 未就学かつ未就労 8. その他（									
現状評価		一つに○印： 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない・する・不明									
治療見込期間		入院		年 月 日 から 年 月 日 まで							
		通院		年 月 日 から 年 月 日 まで（月 回）							
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。											
医療機関名											
および											
所在地											
科											
平成 年 月 日 医師名 印											
小児慢性特定疾病指定医番号											