

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号	57	神経・筋疾患	（ <div></div> ）	年度	小児慢性特定疾病	医療意見書〈継続申請用〉	2/2
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施] 補装具の使用：下肢装具：[なし ・ あり] 車椅子：[なし ・ あり]						
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）術式：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）						
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）						
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）						
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）回／月						
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（ <div></div> ）						
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日		年 月 日	
医療機関所在地				診断年月日		年 月 日	
電話番号				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号		（ <div></div> ）	

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 （ <div></div> ）有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 （ <div></div> ）被保険者記号 （ <div></div> ） 被保険者番号 （ <div></div> ）被保険者個人単位枝番 （ <div></div> ） 資格取得年月日 年 月 日