

今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）			
	治療見込み期間（入院）	開始日：（ ）年（ ）月（ ）日	終了日：（ ）年（ ）月（ ）日	
	治療見込み期間（外来）	開始日：（ ）年（ ）月（ ）日	終了日：（ ）年（ ）月（ ）日	通院頻度：（ ）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（ ）			
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 （ ）			

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 () 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 () 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 年 月 日