小児慢性特定疾病医療意見書発行における確認事項

① 診察券番号	
② 氏名	
③ 診療科・担当医	（　　）科（　　）医師
④ 日中つながる連絡先	（　　-　　-　　）自宅 ・ 携帯（父 ・ 母 ・ その他　　）
⑤ 出生体重	（　　）g
⑥ 出生週数	在胎（　　）週（　　）日
⑦ 出生時に住民登録をした所	（　　）都道府県（　　）市区町村
⑧ 現在の身長・測定日	（　　）㎝　測定日（　　）年（　　）月（　　）日
⑨ 現在の体重・測定日	（　　）㎏　測定日（　　）年（　　）月（　　）日
⑩ 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（　　）
⑪ 手帳取得状況	身体障害者手帳 なし ・ あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級）
	療育手帳 なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳） なし ・ あり（等級 1級 ・ 2級 ・ 3級）

【その他必要書類等】　本書と一緒に下記郵送先までお送りください。
□小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー
□現金（文書料金3,300円/1通と簡易書留料410円）※1通の申し込みの場合3,710円

【郵送先】
〒710-8602　岡山県倉敷市美和1-1-1　倉敷中央病院　文書係宛