

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	() cm 測定日() 年() 月() 日
⑨ 現在の体重・測定日	() kg 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)