小児慢性特定疾病　受給者証の申請をされる方へ

2026年　8月作成
医事サービス課　総合窓口

※ 小児慢性特定疾病　医療意見書の作成にあたり、以下患者さんの情報をご記入ください

姓（カナ）		**名（カナ）**	
姓（漢字）		**名（漢字）**	
生年月日	西暦　　年　　月　　日	**性別**	男　・　女
出生体重	（　　）g		
出生週数	在胎（　　）週　（　　）日		
出生時に住民登録をした所	**都道府県**		
	市区町村		
現在の身長・体重	**測定日**	（　　）年（　　）月（　　）日	
	身長	（　　）㎝	**体重**　（　　）Kg

手帳取得状況	**身体障害者手帳**
	1.なし
	2.あり（　等級：　1級　・　2級　・　3級　・　4級　・　5級　・　6級　）
	療育手帳
	1.なし　　2.あり
	精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）
	1.なし
	2.あり（　等級：　1級　・　2級　・　3級　）
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（　短期大学含む　） ・就労（　就学中の就労も含む　） ・未就学かつ未就労 ・その他 （　　）