

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載									
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()								
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄：()								
経過（申請時） ※直近の状況を記載									
薬物療法	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：()								
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]								
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]								
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()								
治療	治療（その他）：()								
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		