

様式第7号の3(第7条関係)

慢性呼吸器疾患等16疾患群に係る医療意見書

患者	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	氏名:		(満 歳)	
	住所:	電話番号	() —	
医療意見欄(医療機関で記入)				
発病	年 月 頃		今回初診日	年 月 日
疾患群	1 慢性腎疾患	10 血液疾患	疾患名	
	2 慢性呼吸器疾患	11 免疫疾患		
	3 慢性心疾患	12 慢性消化器疾患		
	4 膠原病	13 染色体又は遺伝子		
	5 神経・筋疾患	に変化を伴う症候群		
	6 悪性新生物	14 皮膚疾患		
	7 内分泌疾患	15 骨系統疾患		
	8 糖尿病	16 脈管系疾患		
	9 先天性代謝異常			
	入院期間	年 月 日 ~		
診断に至った理由				
小児慢性特定疾病医療費支給認定基準を満たさないと判断した理由				
上記のとおり診断します。				
年 月 日				
医療機関所在地:				
電話番号:				
名称(診療科まで):				
医師氏名:				
印				

乳幼児等医療費助成に係る判定書

上記については、乳幼児等医療費助成の対象疾患に該当します。
該当しません。

年 月 日

島根県

保健所長

印