

告示番号	9	免疫疾患	平成（	）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	2/2
受給者番号（		）			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日（満 歳）
大分類病名	5	原発性食細胞機能不全症および欠損症	細分類病名	36	周期性好中球減少症
5. 今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（				
現状評価	一つに○印： 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	（月 回）	
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。					
		医療機関名 および 所在地		科	
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					