

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---------------|-------|-----|--------------------|---------------|
| 告示番号 | 1 | 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 | 3 | 液性免疫不全を主とする疾患 | 細分類病名 | 26 | IgGサブクラス欠損症 | |
| 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 | | | | | | |
| 平成 | 年 | 月 | 日 | 医師名 | 科 | 印 |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | |