

小児慢性 更新用書類申込書

		受付者			
申込日	令和 年 月 日			フリガナ	
診察券番号				依頼者氏名	※本人以外の場合
フリガナ					
患者氏名				続柄： 家族() 第三者() ※第三者の方は同意書を提出してください	
生年月日	平成 年 月 日	性別	男 女	依頼者住所	都道府県 市区郡
連絡先	(平日の日中に連絡が取りやすい番号をご記入ください) ☎				町村
依頼診療科 主治医	科			先生	
	科			先生	
証明書の枚数 疾病名	医療意見書(更新用) 枚(疾患名) ※ 1枚 6,600円がかかります。 人工呼吸器等装着者申請時添付書類 枚				
前回の申請	当院 ・ 他院 ()				
以前の氏名(小児慢性の新規登録後、氏名に変更のあった場合)				姓	名
出生地	都/道/府/県 市/区/町/村				
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日
現在の身長	cm		現在の体重	kg	
(測定日)	年 月 日		(測定日)	年 月 日	
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 ☐ 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				
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				
精神障害者保険 福祉手帳	☐ 1.なし ☐ 2.あり(等級 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級)				
受取方法	郵送のみ (住所、氏名を記入いただいた返信用封筒を同封してください。切手は不要です。) ※請求書は文書とは別便で送ります。				

医療サービス課処理欄		
受取処理日	料金計算	連絡・発送
		☐ 文書は先に郵送、請求書は後で送付 ☐ (/)来院するので収納で保管 ☐ 文書料金は入院費 ☐ 請求書と一緒に郵送 ☐ その他

問い合わせ先
〒693-8501
島根県出雲市塩冶町89-1
島根大学医学部附属病院
地域医療連携センター
TEL 0853-20-2061
FAX 0853-20-2063