

小児慢性 更新用書類申込書

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
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) ☎	依頼者住所	都道府県 市区郡
			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 5,500円かかります。 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	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 小中学校 (通常学級 / 通級 / 特別支援学級) <input type="checkbox"/> 特別支援学校 (小中学部 / 専攻科を含む高等部) <input type="checkbox"/> 高等学校 (専攻科を含む) <input type="checkbox"/> 高等専門学校 <input type="checkbox"/> 専門学校・専修学校 <input type="checkbox"/> 大学(短期大学を含む) <input type="checkbox"/> 就労(就学中の就労も含む) <input type="checkbox"/> 未就学かつ未就労		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)		
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり		
精神障害者保険 福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり(等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 文書は先に郵送、請求書は後で送付 <input type="checkbox"/> (/)来院するので収納で保管 <input type="checkbox"/> 文書料金は入院費 <input type="checkbox"/> 請求書と一緒に郵送 <input type="checkbox"/> 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