様式第３号（第５条関係）

|  |
| --- |
| 児童等特定疾病医療意見書 |
| 本人 | 氏名 |  | 男女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 病名 |  |
| 症状 |  |
| 治療 | 診療開始日入院予定年月日 | 　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 治療見込期間 | 入院治療期間　　　　　　日間通院治療期間　　　　　　日間 |
| 総医療費概算額 | 入院治療費　　　　　　　円通院治療費　　　　　　　円 |
| 上記のとおり診断し、医療費を概算します。　　　　　　年　　月　　日医療機関の名称　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　㊞ |