

様式第4号(第7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 通院治療期間 | 日間 日間 | | |
| | 総医療費概算額 | 入院治療費 通院治療費 | 円 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 | | | | | |
| 印 | | | | | |