

診 断 書

(重症患者認定用)

患者氏名		生年月日	年 月 日
患者住所		性 別	男 ・ 女
小児慢性特定疾病名			
該当対象部位 (○で囲んで下さい)	眼 聴器 上肢 下肢 体幹・脊柱 肢体の機能 その他（疾患群：		
症状の記載欄（現在の症状の程度と継続性、及び小児慢性特定疾病との関連性）			

- 注1 症状の記載欄には、該当する対象部位別の現在の症状の程度並びにその症状が上記小児慢性特定疾病を主要因とするものであることを明記してください。
- 2 重症患者の認定要件は、その症状の程度が身体障害者手帳1・2級程度の状態が現に認められ、かつ、1つ以上の症状が長期間（概ね6か月以上）継続するものとなります。
- 3 この診断書により判断しがたい場合は、患者の状況等について富山市保健所（又は保健福祉センター）から医療機関に問い合わせ又は患者面接を行うこともあります。

以上のとおり診断します。

年 月 日

医 療 機 関 名

医療機関所在地

担 当 医 師 名