

医療機関提出用「基本情報」

【保護者の皆様へ】

主治医に医療意見書の作成を依頼する際には、下記項目太線枠内を記入の上、当センター窓口にて御提出ください。
この用紙を一度記入したことがある方は(8)、(9)のみ御記入ください。

患者情報	(1) 受給者番号 ※継続申請の場合		
	(2) ふりがな 氏名		
	(3) 性別		男・女・性別未決定
	(4) 生年月日	子	年 月 日生
		母	年 月 日生
	(5) 出生時に 住民登録をした所		()都道府県 ()市区町村
	(6) 出生体重		g
	(7) 出生週数		在胎 週 日
	(8) 就学・就労状況 (該当するものに ○をつけて下さい)		① 就学前 ② 小中学校(通常学級・通級・特別支援学級) ③ 特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部) ④ 高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など ⑤ 大学(短期大学を含む) ⑥ 就労(就学中の就労も含む) ⑦ 未就労かつ未就学 ⑧ その他()
(9) 手帳取得情報	身体障害者手帳	なし・あり(等級:1級・2級・3級・4級・5級・6級)	
	療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし・あり(等級:1級・2級・3級)	

母子健康手帳を参考に御記入ください。