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　　　日まで | | | |
| 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　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |