様式第２号

療育給付意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 本人氏名 |  | |
| 本人住所 |  | | | 学年 | 小学  中学  その他 |
| 病名 |  | 発病時期 | |  | |
| 症状 |  | | | | |
| これまでに行われた治療 |  | | | | |
| 今後の治療方針 |  | | | | |
| 治療見込み期間 | 入院予定　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 学習を行うについての意見 |  | | | | |
| 上記のとおり診断する。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関の名称及び所在地  医師氏名 | | | | | |

（注）１　病名については、骨間接結核とそれ以外の結核を明確に区別して記入すること。

　　　２　合併症を有する場合には、病名欄に併記すること。