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。