**（　　）年度　千葉市ぜんそく等小児指定疾病医療費助成認定者用医療意見書別紙**

（慢性呼吸器疾患用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号（　　　　　　　　） | |  | | |
| 患者 | 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　 月 　日（満　 歳） |

上記の枠内を申請者が記入のうえ、医療機関へご提出ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **病名** |  |   【治療実績】   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ４  月 | ５  月 | ６  月 | ７  月 | ８  月 | ９  月 | １０  月 | １１  月 | １２  月 | １  月 | ２  月 | ３  月 | | 受診回数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | コントローラーの使用状況 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 治療点数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 発作状況 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 入院日数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ※診断日を起点に過去６ヶ月の実績を記入してください。  ※発作状況は、日本小児アレルギー学会の「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン(最新版)」により判定して  ください。  ※コントローラーを使用した月には○印を記入してください。 |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　および  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　医師の氏名  （自著または記名押印） |

担当主治医の方へ

千葉市では、小児慢性特定疾病医療支援（国制度）の対象疾病に羅患しているが、認定基準に満たないお子さんを対象に、かかられた医療費の一部を助成する制度を設けております。

市の医療費助成制度の認定基準は国制度とは異なる基準を設けており、国が示す医療意見書の様式では認定が困難な場合もございます。

大変お手数ですが、医療意見書別紙として、こちらの用紙への記載もお願い致します。