

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			
	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		
<p>上記のとおり診断し、医療費を概算します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の名称 担当医師名</p>					