様式第１８号（小児慢性特定疾病児童等家族支援事業申請用）

|  |
| --- |
| 診　　断　　書　・患者氏名（生年月日）　・疾病名　・当該疾病に起因して　　人工呼吸器を装着（　有　・　無　）　　　　　　　　　　　　　気管切開を実施　（　有　・　無　）　・特記事項（必要に応じて記載してください。）　　上記のとおり診断いたします。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称　　　　　　　　　　　　　　　記載医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |