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 |