재활치료비 추천서_ I

※ 소아암 치료 전문의를 경유하여야 합니다.

지원 신청 항목		
	재활치료지원	
	재활보장구지원	
	성장호르몬지원	
	2차 질환 수술지원	

본 치료비는 **암치료로 인한 신체적 후유증 치료로** 발생하는 치료비(보장구비)를 지원하는 사업입니다. 해당칸에 체크하시고, 관련된 사항을 작성해 주시기 바랍니다.

환 아 명	(남, 여)	생년월일			
진 단 명		질병 분류코드		초기 진단일	
암치료 종결여부	☐ 종결 (치료종결일 :) ☐ 미종결				
암치료기간 중 시행받은 치료					
항암치료	☐ 시행(기간:) ☐ 미시행				
방사선치료	☐ 시행 (횟수: / 조사부위:) ☐ 미시행				
조혈모 세포이식	☐ 자가조혈모세포이식(회) ☐ 동종조혈모세포이식(회) ☐ 제대혈이식(회)				
수술	☐ 시행 ·수술종류: ·수술부위: ·횟수: ☐ 미시행				
기타					
현재 환아상태 및 추천이유					

작성일 : 년 월 일 병원명 : 병원 과

의사명 : (인)

KACLC 사단법인 한국백혈병소아암협회