재활치료비 추천서_II

※ 해당 진료과 전문의 또는 전문가를 경유하여야 합니다.

환아성명	(남, 여)	생년월일		
진 단 명		질병 분류코드		※ 미기입사유:
초기진단일				
치료의견				
재활 지원	☐ 재활보장구 ☐ 재활치료			
성장 발달 지원	☐ 성호르몬치료 ☐ 성장호르몬치료			
2차 수술 지원	☐ 시술비 ☐ 치아재건 ☐ 흉터성형 ☐ 기타			
예상 치료기간 및 치료비용				
병원(기관)		연락처		

본 치료비는 **암치료로 인한 신체적 후유증 치료로** 발생하는 치료비(보장구비)를 지원하는 사업입니다.
추천서 작성시 다음 사항을 참조하시기 바랍니다.

1. 진단명은 환아가 **치료예정인 질병에 대한 진단명**을 기입하시고, 한국질병분류번호를 기입하지 못하는 경우에는 그 사유를 작성하여 주시기 바랍니다.
2. 해당 칸에 체크하시고, 현재의 상태 및 치료계획과 관련된 사항을 작성해 주세요.

작성일 : 년 월 일 **기관명 :**

전문의 또는 전문가명 : (인)

KACLC 사단법인 한국백혈병소아암협회