

療 育 指 導 連 絡 票

受診者氏名		年齢	歳	生年月日	年 月 日
受診者住所				電話番号	()
疾 患 名					
既往歴及び家族歴					
症状・経過等					
治療方針・内容等 (薬物療法・食事療法)					
療養上の問題点等					
欲 保 し 健 い 所 指 等 導 で 等 行 っ て	保健所等で療育指導を行う必要がある場合に、該当する項目の□にレを記入したうえで、 下段に指導して欲しい具体的内容を記載して下さい。				
	<input type="checkbox"/> 家庭看護指導 <input type="checkbox"/> 歯科保健指導 <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> 家族会等の紹介 <input type="checkbox"/> 食事・栄養指導 <input type="checkbox"/> 福祉制度の紹介 <input type="checkbox"/> 学校との連絡 <input type="checkbox"/> その他()				
	<具体的内容>				
上記のとおり連絡します。 年 月 日					
(あて先) 船橋市保健所長 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 医療機関所在地 名 称 電 話 番 号 医 師 氏 名 </div>					

この療育指導連絡票は、小児慢性特定疾病児童等が、家庭看護指導等について保健所との連絡調整が必要な場合に、保護者を經由し保健所へ提出いただくものです。

船橋市が開設者でない医療機関が、小児慢性特定疾病医療意見書と療育指導連絡票を併用する場合は、診療報酬に於いての診療情報提供料(I)の算定要件を満たすこととなります。