

※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健康福祉センター（保健所）との連絡調整が必要な場合に、保護者を經由し健康福祉センターへ提出いただくものです。

### 療育指導連絡票

受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日
受診者住所						電話番号	
受給者番号 (既に番号のある方のみ)						疾病名	
健康福祉センター等 行って欲しい指導等	保健所等で療養指導を行う必要がある場合は、該当する項目に☑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ください。						
	<input type="checkbox"/> 家庭看護指導	<input type="checkbox"/> 食事・栄養指導	<input type="checkbox"/> 歯科保健指導				
	<input type="checkbox"/> 福祉制度の紹介	<input type="checkbox"/> 精神的支援	<input type="checkbox"/> 学校との連絡				
	<input type="checkbox"/> 家族会等の紹介	<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) 千葉県 健康福祉センター長							
医療機関所在地							
名 称							
電話番号							
医師氏名							

※  内は本人記入になります。

療育指導連絡票を「小児慢性特定疾病医療意見書」と一体のものとして併せてご提出される場合、医療意見書を含めて診療情報提供料（I）の算定対象となります。