

療 育 指 導 連 絡 票

本人氏名		年齢	歳	性別	男・女	生年月日	年 月 日
本人住所					連絡先電話番号 ()		
					連絡先電子メールアドレス @		
疾 病 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							
指 導 等 保 健 福 祉 セ ン ター で 行 っ て ほ し い	保健福祉センター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 ()						
	<療養上の注意点>						
上記のとおり連絡します。							
年 月 日							
(あて先) 千葉市長							
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。

療育指導連絡票について

・小児慢性特定疾病医療支援の国事業対象者で、長期療養児について家庭看護、福祉制度の紹介、学校との連絡調整等、保健福祉センターとの連絡調整が必要な場合に、保護者を經由し各保健福祉センターへ提出してください。

・療育指導連絡票は、「診療報酬の算定方法」（平成18年厚生労働省告示第92号）に規定する診療情報提供料（I）の算定要件の対象となり、この場合は、「小児慢性特定疾病医療意見書」も併せて対象となります。