

受給者番号	
患者氏名	

療育指導連絡票

療育指導に関する医師の意見	保健所における療育指導の可否： 要 ・ 否
---------------	-----------------------

(保健所で行って欲しい指導等がある場合に、該当する項目に○をつけ、必要に応じて右欄に自由記載してください。)

保健所で行ってほしい指導等	1 家庭看護指導		
	2 食事・栄養指導		
	3 歯科保健指導		
	4 福祉制度の紹介		
	5 精神的支援		
	6 学校との連絡		
	7 家族会等の紹介		
	8 その他		
上記のとおり連絡します。 令和 年 月 日 保健所長 殿 医療機関所在地 名称 医師氏名 印			

※「小児慢性特定疾病医療意見書」と併せて本書の「療育指導連絡票」を記入いただければ、医療保険の診療情報提供料（I）の算定対象となります。