

小児慢性特定疾病児童等療育指導連絡票

年 月 日

(宛先) 秋田市長

受診者氏名		生年月日	年 月 日
療養上の問題点			
行ってほしい指導等 (項目に○をつける)	家庭看護指導		
	食事栄養指導		
	歯科保健指導		
	福祉制度の紹介	手帳 ・ 施設 ・ その他 ()	
	精神的支援		
	学校との連絡		
	家族会等の紹介		
	その他		
希望する支援	家庭訪問 ・ 電話での支援 ・ その他 ()		
支援の時期	至急 ・ 1か月以内 ・ その他 ()		

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、医療意見書を含めて医療保険の診療情報提供料（I）の算定対象となります。