

## 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<br>( )    |      |   |   |   |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    | 連絡先電子メールアドレス<br>@ |      |   |   |   |
| 疾 病 名                                |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 既往歴及び家族歴                             |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 症状・経過等                               |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 治療方針・内容等<br>薬物療法<br>食事療法             |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 療養上の問題点等                             |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 保健福祉センター等で行ってほしい                     | 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<br><input type="checkbox"/> 歯科保健指導 <input type="checkbox"/> 福祉制度の紹介<br><input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> 学校との連絡<br><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。 <div>年 月 日</div>        |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| (あて先) 千葉市長                           |                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |   |    |                   |      |   |   |   |
| 医療機関所在地<br>名 称<br>電 話 番 号<br>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。