小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

様式第２６号

**療育指導連絡票**

○受診者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 氏　名 |  |

○療養上の問題点等

○保健所で行ってほしい指導等

|  |  |
| --- | --- |
| 家庭看護指導 |  |
| 発作時の対応 |
| 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 |  |
| 運動制限、発作時の対応 |
| 家族会等の紹介 |  |
| その他 |  |

上記のとおり連絡します。

　　年　　月　　日　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

※本様式は、保健所保健師等による訪問指導等が必要と**主治医が判断した場合**に記載いただくものです。

※本様式は医療意見書添付書類と位置づけています。