医療意見書添付用

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 | | | |  | | |
| （項目に○をつける）  行ってほしい指導等 |  | 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。