

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

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

主治医

受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
保護者氏名		受診者職業	
受診者住所		電話番号	
疾 病 名		初 診	年 月 日
		退 院	年 月 日
医師の指示 (紹介目的)			
既往歴および家族歴			
症状経過と治療経過 (検査結果・現在の処方含)			
療養上の問題点			
行ってほしい指導等 (項目に○をつける)	<input type="checkbox"/>	家庭看護指導	
	<input type="checkbox"/>	食事栄養指導	
	<input type="checkbox"/>	歯科保健指導	
	<input type="checkbox"/>	福祉制度の紹介	手帳・施設・その他()
	<input type="checkbox"/>	精神的支援	
	<input type="checkbox"/>	学校との連絡	
	<input type="checkbox"/>	家族会等の紹介	
	<input type="checkbox"/>	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()		