（参考様式　神奈川県）

小児慢性特定疾病療育指導連絡票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 住所 |  | 電話番号 | （　　　　） |
| 疾病名 |  |
| 既往歴 |  |
| 病状・治療経過等 |  |
| 治療方針・内容等薬物療法　食事療法 |  |
| 療養上の問題点等 |  |
| 保健所・保健福祉事務所で行ってほしい指導等 | 該当する項目に〇をした上で、具体的な指導内容を必ず記載してください。１.　家庭看護指導　２.　食事・栄養指導　３.　歯科保健指導　４.　福祉制度の紹介５.　精神的支援　　６.　学校との連絡　７.　家族会等の紹介８.　その他（　　　　　　　　　）＜具体的な指導内容＞ |
| 保護者等の同意を得ましたので、上記のとおり連絡します。　　　　　　年　　月　　日神奈川県　　　　　　　　　保健福祉事務所(センター)所長　殿医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関コード

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

医師名　　　　　　　　　　　　　　印（医師連絡先電話番号：　　　（　　　　　）　　　　　　） |

(療育指導連絡票　裏面)

（注意事項）

(注1)　この療育指導連絡票(連絡票)は、「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59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ます。(ただし、児童が入院中の場合は、退院時に保護者等の同意を得て退院の日から2週間以内の期間に、この連絡票の交付を行った場合にのみ対象となります。)

(注2)　連絡票を作成する場合は、保護者等の同意を得て、保護者等を経由して保健福祉事務所に提出してください。