

## 小児慢性特定疾病児童等療育指導連絡票

令和            年            月            日

地域振興局                      福祉環境部長

|                             |  |                               |           |                      |
|-----------------------------|--|-------------------------------|-----------|----------------------|
| 患児氏名                        |  |                               | 生年月日      | 年    月    日 (    歳 ) |
| 療養上の問題点                     |  |                               |           |                      |
| 保健所で行ってほしい指導等<br>(項目に○をつける) |  | 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                           |           |                      |
| 家庭訪問の時期                     |  | 至急    ・    1か月以内    ・    その他( |           |                      |