

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

療育指導連絡票

○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

※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。

※該当するものに印を付けてください。 本連絡票を貴職へ送ることについては、本人（又は保護者）の同意を得ております。 本人の同意が得られておりません。《個人情報の保護に関する法律第23条第1項第3号による情報提供》