医療意見書添付なし

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 | | | |  | | |
| （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(　　　　　　 　　 　 ) | | | |