小児慢性特定疾病医療意見書　別紙

療 育 指 導 連 絡 票

受給者番号		受診者氏名	
疾病名			

（福島市で行ってほしい指導等がある場合に、該当する項目に○をつけ、必要に応じて右欄に自由記載してください。）

療育指導に関する医師の意見			
福島市で行ってほしい指導等	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		
療養上の問題点			

上記のとおり連絡します。

年　　月　　日

福島市長　様

医療機関所在地
名称
医師氏名　　印

※療育指導の必要がある場合に、本書の「療育指導連絡票」を記入いたたければ、「小児慢性特定疾病医療意見書」が医療保険の診療情報提供料（Ⅰ）の算定対象となります。