

小児慢性特定疾病児童等療育指導連絡票

年 月 日

八戸市保健所長 行

(八戸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)

患児氏名		男・女	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 (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 ()		