

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

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

主治医 _____ 科 _____ 印 _____

患児氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
保護者氏名		患児職業	
患児住所		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)			
既往歴及び家族歴			
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			
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 ()	
保護者の同意		有 ・ 無	