第１号様式

**医療意見書添付用**

（保健所用、医療機関控）

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（　　　　　　　　　　　　　　　） | | |