小児慢性特定疾病児童等療育指導連絡票

第２号様式

（保健所用、医療機関控）

　　　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 |