

療育指導連絡票

受給者番号		受診者 氏名	
疾病名			

(郡山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			
郡山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 郡山市長 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。