（様式第１号）

療育支援連絡票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受診者氏名 |  |  性 別 |  男・女 |  生年月日 | 　　　　年　　月　　日　（　　　）歳 |  |
| 受診者住所 |  |  電話番号 |   |
| 受給者番号（該当者のみ） |  |  |  |  |  |  |  | 疾病名 |  |
| 保健所等で行ってほしい支援等 | 保健所等で療育支援を行う必要がある場合は、該当する項目に☑を記入した上で、下段に支援してほしい具体的な内容を記載してください。 |
| 　　□　家庭でのケア　　　　　　□食事・栄養 　　　　　□歯科保健　　□　福祉制度の紹介　　　　□精神的支援　　　　　□保育・教育施設との連携　　□　家族会等の紹介　　　　□その他 |
| ＜具体的内容＞ |
| 　上記のとおり連絡します。　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　保健所長　殿　　　　 医療機関名医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞連絡先 |

当該連絡票を「小児慢性特定疾病医療意見書」と一体のものとして併せて提出する場合、

医療意見書を含めて診療情報提供料（Ⅰ）の算定要件を満たすこととなります。

当該連絡票を「小児慢性特定疾病医療意見書」と一体のものとして併せて提出する場合、

医療意見書を含めて診療情報提供料（Ⅰ）の算定対象とすることができます。