

療育指導連絡事項			
受給者番号※1		受診者氏名	
既往歴及び家族歴			
療養上の問題点			
保健所で行って欲しい指導等 ※該当する事項に○をつけて、詳細を記載してください。			
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			
9 現在特になし			
備考			
保健所長殿 年 月 日 所在地 医療機関名称 科 医師名			