

| 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 印 | | | |

※1 新規の場合は記載不要。