

## 療 育 指 導 連 絡 票

保健所で行って欲しい指導等がある等、保健所への連絡が必要な場合に医療機関が以下の内容を記入してください。

患者氏名		生年月日	年 月 日
治療方針・内容 (薬物療法 食事療法)等			
療養上の問題点			
訪問看護	利用しない・利用中(予定)( )・未定		
福祉サービス	利用しない・利用中(予定)( )・未定		
保健師による支援	要 [ 家庭訪問(説明済み・説明していない)・電話連絡 ] ・否		
保健師による支援が必要な場合には、該当する以下の項目に○をつけ右欄に具体的に内容を記入してください。			
保健所で行って欲しい指導等		○を 記入	内 容
	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		
	精神的支援		
	学校との連携		
	家族会等の紹介		
その他			
上記のとおり連絡します。			
年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 医師名			