

※保健所への療育相談の連絡が必要な場合にご記入ください。
(連絡が不要な場合は記入の必要はありません)

療育相談連絡票

患者氏名		性別	男・女	生年 月日	(平・令)	年	月	日生
------	--	----	-----	----------	-------	---	---	----

療育相談に関する医師の意見

保健所で行うことが望ましい相談の内容、療育上の注意点を記載してください。

上記のとおり連絡します。
令和 年 月 日

保健所長 殿

医療機関所在地
名称
医師氏名

印

※「小児慢性特定疾病医療意見書」と併せて本書の「療育指導連絡票」を記入いただければ、「診療報酬の算定方法」(平成26年厚生労働省告示第57号)に規定する診療情報提供料(Ⅰ)注2の算定対象となり、この場合は「小児慢性特定疾病医療意見書」も併せて対象となります(ただし、医療機関が県立病院の場合は除く)。