

※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		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「療育相談連絡票」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)。