

療育支援連絡票

受診者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳
受診者住所				電話番号	
受給者番号 (該当者のみ)					疾病名
市 役 所 等 で の 必 要 な 支 援 等	市役所等で療育支援を行う必要がある場合は、該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入した上で、 下段に支援してほしい具体的な内容を記載してください。				
	<input type="checkbox"/> 家庭でのケア <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 歯科保健 <input type="checkbox"/> 福祉制度の紹介 <input type="checkbox"/> 精神的支援 <input type="checkbox"/> 保育・教育施設との連携 <input type="checkbox"/> 家族会等の紹介 <input type="checkbox"/> その他				
	< 具体的内容 >				
上記の通り連絡します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> 松本市長 宛 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;"> 医師氏名 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 20px;"> 連絡先 </div>					

当該、連絡票を「小児慢性特定疾病医療意見書」とともに提出していただく場合、医療意見書を含めて診療情報提供料（I）の算定要件を満たすこととなります。