

### 療育支援連絡票

受診者氏名		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	
保健所等での必要な支援等	保健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☑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>		
上記のとおり連絡します。 令和 年 月 日 長野市保健所長 宛 医療機関名 医師氏名 連絡先			

この連絡票は、「保健所等での必要な支援等」欄が記載されている場合、「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)に規定する診療情報提供料(I)の算定要件の対象となります。

また、この連絡票を「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)の算定要件の対象となります。その場合、医療意見書に関して患者から自己負担を徴収することはできません。