

**小児慢性特定疾病医療意見書  
添付 療育指導連絡票**

受給者番号（継続申請時）

受診者氏名

【医療機関記入欄】		
疾病名：		
療養上の問題点等		
いわき市で行ってほしい指導等  （該当する項目に○を付けてください。）	1 家庭看護指導	2 食事・栄養指導
	3 歯科保健指導	
	4 福祉制度の紹介（手帳・施設・その他）	
	5 精神的支援	6 学校等との連絡
	7 家族会等の紹介	8 その他（ ）
	9 特になし	
	具体的な指示事項：	
	●上記のとおり連絡します。 ●なお、主治医として本連絡票をいわき市が委託する小児慢性特定疾病児童等自立支援相談事業等に情報提供することに、 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない  いわき市長 殿 医療機関所在地 名称 医師氏名 <span style="float: right;">印</span>	
【いわき市確認欄】		
希望する支援等	1 家庭訪問	2 家族会等の紹介
	3 その他（ ）	
	4 困っていること等	
同意書		
いわき市が、療養上の問題点等の相談業務に必要な情報を、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業（相談支援事業）委託事業所に、提供することについて同意します。 年 月 日 申請者氏名		

※療育指導の必要がある場合に、本書の「療育指導連絡票」を「小児慢性特定疾病医療意見書」と一体のものとして併せてご提出される場合、医療意見書も含めて診療情報提供料（I）の算定対象となります。