

## 療 養 指 導 連 絡 票

在宅サービスの必要                      ・あり                      ・なし

ありの場合、下記のあてはまる項目に○をつけて、具体的に内容を記入してください。

治療方針・内容等		
薬物療法 食事療法		
療養上の問題点等		
保健 所 で 行 っ て 欲 し い 指 導 等	家庭看護指導	
	食事・栄養指導	
	歯科保健指導	
	福祉制度の紹介	手帳、施設、その他
	精神的支援	
	学校との連携	
	家族会等の紹介	

☆保健師による家庭訪問の要否                      (○をつけてください。)

要    ( 家庭には訪問の了解済み ・ これから説明する )  
否