

◇ 小児慢性特定疾病おたずね票 ◇ (更新) 令和5年度

⑨

このおたずね票は、皆様の現在の状況を把握し、今後の支援や災害時の救護活動対策に役立てるために、保健所がお聞きするものです。なお、収集する個人情報はこの目的以外には使用しません。

お手数ですがご協力をお願いします。

記載日：令和 年 月 日

ふりがな お名前	男・女	病名					
		受給者 番号					
生年月日	H R 年 月 日 (歳)						
住所	〒	電話 番号	自宅	-	-		
			携帯	-	-		
世帯構成 (複数可)	※ 在宅で一緒に暮らしている方を教えてください(同一敷地内を含む。) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()						
就園就学等 の状況	<input type="checkbox"/> 未就園 <input type="checkbox"/> 就園 → <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 (就園先名称:) <input type="checkbox"/> 就学 あり → (学校名) <input type="checkbox"/> 施設入所 (名称) <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在の 入院・通院等の 状況	<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名: 主治医名:) (通院頻度 : 頻度:) <input type="checkbox"/> 訪問診療を受けている (診療所名: 主治医名:) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (医療機関名:) (入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)、目的: <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:)(入所期間: 年 月 ~)						
医療機器等の 使用状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 → (夜間のみ ・ 終日) <input type="checkbox"/> 酸素療法 → (夜間のみ ・ 終日) (0) } D <input type="checkbox"/> たん吸引器 → (頻度:) <input type="checkbox"/> 人工透析 → 種類 (<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腹膜) <input type="checkbox"/> IVH 等輸液の使用 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 薬剤吸入 <input type="checkbox"/> 自己注射 → 種類 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 成長ホルモン) <input type="checkbox"/> その他()						
生活の状況	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	↑ 該当する方に○ をしてください。						
生活の状況	①必要な介助の程度について教えてください。 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと同じ程度 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもより介助が必要 → 以下、②の質問にお答えください。 ②-1. 主な介助者はどなたですか？(当てはまる方すべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() ②-2. どのような場面で、介助が必要ですか？(当てはまるものすべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 → ③の質問にお答えください ③今の状態に当てはまるものをお答えください。 <input type="checkbox"/> 見守りがあれば自力で歩いて移動できる。 <input type="checkbox"/> 座った姿勢で車いす移動ができる <input type="checkbox"/> ベッド上等で支えがあれば、座る姿勢をとることができる ……B <input type="checkbox"/> 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難) ……B <input type="checkbox"/> 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)かつ移動には数人の介助が必要 …C						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている → ()級 <input type="checkbox"/> 申請中						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている → <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 申請中						
重度心身障害者 (児) 判定	<input type="checkbox"/> 受けていない。 <input type="checkbox"/> 判定済	相談支援 専門員	<input type="checkbox"/> いる → (事業所名:) <input type="checkbox"/> いない → (その他の相談先:)				

裏面もご記入ください。

サービス利用 ↓該当する方に○をしてください。		受給者 番号							
有・無									
<input type="checkbox"/> 訪問看護（事業所名） <input type="checkbox"/> 短期入所・レスパイト(機関名) <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 放課後等サービスの通所		<input type="checkbox"/> 通所・訪問リハビリ（事業所名） <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 児童サービス(療育教室)の通所 <input type="checkbox"/> その他（）							
困っていること 心配したこと ※今後の事業等 を検討する際に 参考にします。	<p>心配なことや困っていることについて、当てはまるものすべてお答えください。</p> <input type="checkbox"/> 身近にかかりつけ医が確保できない <input type="checkbox"/> 治療や医療機関に関する情報が少ない <input type="checkbox"/> 専門医療機関とかかりつけ医との連携が難しい <input type="checkbox"/> 専門的な医療機関がない <input type="checkbox"/> 患児の日常生活、療養が大変 <input type="checkbox"/> 周囲(地域等)の理解が得にくい <input type="checkbox"/> 保育所や幼稚園、学校関係者等の理解が得にくい、説明が難しい <input type="checkbox"/> 親の経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 親の身体的負担が大きい <input type="checkbox"/> 親の精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 相談先がない <input type="checkbox"/> きょうだいの育児、精神的ケアの時間が取れない <input type="checkbox"/> 仕事につけない(やめざるをえなかった) <input type="checkbox"/> 同じ立場(同じような病気)の人との交流や相談をしたいが、その機会がない <input type="checkbox"/> 病気のことを知りたいが、学ぶ機会がない <input type="checkbox"/> 親の用事や休息などのために、子どもを預かってほしいと思う時がある <input type="checkbox"/> 災害時の避難や避難先での生活等について不安がある <input type="checkbox"/> その他 (具体的な内容をお書きください。)								
講演会・交流会等 案内送付	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	患者会や家族会 への参加について	<input type="checkbox"/> 参加している（名称） <input type="checkbox"/> 参加していない						
保健師等の相談希望について		<input type="checkbox"/> 希望する			<input type="checkbox"/> 希望しない				

★ご協力ありがとうございました。

保健所記入欄	来所者（）	対応者（）	相談継続（不要・要）
【相談内容】			
<input type="checkbox"/> 申請等の相談 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 家庭看護 <input type="checkbox"/> 福祉制度 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 作業所入所 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> その他（）			

表面 (B・C：移動) と (D：医療機器使用状況) に、該当の方へ

<市町における災害時要支援者名簿の作成のため下記にご記入ください>

平成25年6月に災害対策基本法が改正され、市町において避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられました。これにより、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、保健所は市町の求めに応じておたずね票の内容を提供することがあります。これは、災害時の要支援者への対応をより充実することを目的としており、本目的以外には用いられませんので、該当する方についてはご承知ください。

また、緊急時の連絡先(自宅以外)について、可能な範囲でご記載いただきますようお願いいたします。

住 所 (自宅以外)			
氏 名		続 柄	
電話番号			