

様式1 ◇特定医療費（指定難病）支給認定おたすね票【更新】◇

令和6年度

これは、皆様の現在の状況を把握し、今後の難病対策や災害時の救護活動対策に役立てるために、滋賀県がお聞きするものです。お手数ですがご協力をお願いします。

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。

記載日： 年 月 日

住所		電話番号	
ふりがな お名前		疾病名	(疾病番号:)
生年月日	T・S H・R 年 月 日 (歳)	受給者番号	
世帯構成 (複数可)	※ 在宅で一緒に暮らしている方を教えて下さい。(同一敷地内を含む。) <input type="checkbox"/> 独り <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子ども(成年) <input type="checkbox"/> 子ども(未成年) <input type="checkbox"/> その他()		
就労等の状況	<input type="checkbox"/> あり(就労) <input type="checkbox"/> あり(就学) <input type="checkbox"/> なし		
現在の 入院・通院状況 (複数可)	<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 往診を受けている(診療所名:) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名:) (入院期間: 、目的: 治療・レスパイト・長期入院) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機器等の 使用状況 (有・無) ↑該当する方に ○をしてください	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (夜間のみ・終日) } D <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 ()ℓ/分 <input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> その他()		
生活の状況	<input type="checkbox"/> 介助は不要で、生活は自立している。…J <input type="checkbox"/> 介助が必要だが、日中はほぼ起きて活動できる。…A <input type="checkbox"/> 介助が必要だが、座ることができ、日中はほぼベッド上で過ごす。…B <input type="checkbox"/> 介助を必要とし、1日中ベッド上で過ごす。…C		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 持っている → ()級 <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 申請中	今回更新される特定疾病の病名が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	
介護保険 の認定	<input type="checkbox"/> 受けている { 要介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 受けていない { ケアマネ (事業所名:) <input type="checkbox"/> 対象外 { (担当名:) <input type="checkbox"/> その他(認定審査中など:)		
サービス利用	<input type="checkbox"/> 利用している { <input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名:) <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> その他()		

裏面もご記入ください。

講演会などの案内	指定難病に関する講演会や相談会、患者・家族同士の交流会の案内送付
	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

日常生活について困りごと等あればご記入下さい。(*あてはまる項目すべてに○をつけてください。)

- 病気・薬・治療について 介護負担について 介護方法について
 リハビリテーションについて 食事について 就学・就労について
 歯に関する事について コミュニケーションについて 経済的な負担について
 その他 ()

具体的な内容についてご記入ください

.....
.....

困りごとについて、保健師等の相談を希望しますか

- 希望する 希望しない

難病疾患をお持ちのご本人にお聞きします。現在の生活の満足度をお答えください。

- 満足 やや満足 やや不満 不満

どのようなことがあれば満足度はあがると考えられますか。【自由記載(在宅サービスを受けたい、就労したい等)】

.....
.....

保健所記入欄 来所者(本人・家族) 対応者()
 要支援者名簿作成の説明 避難行動要支援者名簿の判定基準:(B・C・D)
【相談内容】:チェックをつける
 申請等の相談 医療 家庭看護 リハビリテーション 福祉制度 就労
 就学 食事・栄養 歯科 レスパイト入院 その他()
【保健師面接(引継ぎ票)】 あり なし

表面B~Dに該当された方へ

〈市町における災害時避難行動要支援者名簿の作成について〉

○市町の避難行動要支援者名簿への登録について

「避難行動要支援者名簿」とは、災害対策基本法に基づき、地震などの災害が起こったときに自力で避難することが難しく、支援を必要とする方々(避難行動要支援者)をあらかじめ登録しておく名簿です。災害時には名簿に登録した情報を活用し、地域全体で避難行動要支援者の安否確認、避難支援を行います。災害に備えるために、市町の避難行動要支援者名簿へぜひご登録ください。お問い合わせはお住まいの市町へお願いします。

○保健所から市町への情報提供について

災害対策基本法により、市町において上記名簿の作成が義務付けられています。これにより、保健所は、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、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、要支援者への対応をより充実させ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、緊急時の連絡先について、可能な範囲でご記載をお願いいたします。

●緊急時の連絡先(同居の方・同居以外の方もおられましたらご記載ください)

続柄・ご関係	氏名	電話番号(携帯電話)	同居有無	住所(同居以外の場合)