＜小児慢性特定疾病　療養おたずね票＞

令和5年度

**こちらは、お子さまのご様子をおたずねし、今後の療養生活の支援等に活用させていただくための**

**ものです。お手数ですがご協力をお願いします。記入後は、更新書類と一緒に郵送して下さい。**

記載日：　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　名 | | 男・女 | 住　所 | 岡山市　　　区 |
| 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） | 電話番号 | -　　　　- |
| 疾患名 | |  | 受給者番号 |  |
| 主な育児・介護者 | | 1.父　2.母　3.祖父母　4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 就園・就学・就労等の状況  ※あてはまる番号に〇をし、内容を記入して下さい | | １.なし  ２.就園中　3．就学中　⇒　園・学校名：  　送迎や付き添い等は必要ですか  →　不要・必要（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４.入所中　　施設名：  ５.就労中　　６.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在の受診状況  ※あてはまる番号に〇をし、内容を記入して下さい | | 1.通院中　　　医療機関名：  　　　　　　　通院頻度：（　　）回/週、（　　）回/月、（　　）回/年  2.訪問診療　　医療機関名：  　　　　　　　訪問頻度：（　　）回/週、（　　）回/月  3.病院に入院中　医療機関名：  4.直近1年間に入院あり：入院回数（　　）回、総入院日数（約　　　）日 | | |
| サービス利用等について  ※あてはまるものに☑し、（　）内を記入して下さい | | □特になし  □身体障害者手帳の交付（　　級）　　　□重度心身障害の認定  □療育手帳の交付（ A・B ）　　　　　 □精神障害者保健福祉手帳（　　級）  □訪問看護　月・週（　　）回　　　□訪問リハビリ　月・週（　　）回  （事業所名：　　　　　　　　　）　（事業所名：　　　　　　　　　）  □ホームヘルプサービス 月・週（　）回  　（事業所名：　　　　　　　　　　）  □児童発達支援　　　　　　　　　　□放課後等デイサービス  （名称：　　　　　　　　　　　）　（名称：　　　　　　　　　　　　）  □相談支援事業所（在宅療養・福祉サービスについての相談）  （事業所名：　　　　　　　　　　　）  □日中一時支援（名称：　　　　　　　　）　□短期入所（名称：　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 治療状況・医療機器等の使用状況  ※あてはまるものに☑を記入し、(　)があるものは、該当項目に〇をして下さい | | □特になし　　□内服治療  □人工呼吸器（終日・夜間のみ）　□気管切開　　□在宅酸素療法　□たん吸引  □経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）　□人工肛門　　□膀胱カテーテル  □自己導尿　　□心臓ペースメーカー　□透析（血液透析・腹膜透析）  □IVH等輸液の管理　　□血糖測定  □自己注射（糖尿病・リウマチ・成長ホルモン・血友病）  □薬剤吸入（吸入器要・不要）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  裏へ続く | | |
| 生活の状況  ※あてはまる番号に〇をして下さい | | １．生活は自立していて介助不要  ２．低年齢（乳幼児等）により介助必要  ３．介助を必要とし、介助者一人で移動可能  ４．寝たきりで介助を必要とし、移動には数人の介助が必要 | | | | |
| 困りごとについて  ※あてはまる番号に  〇をして下さい  （複数可） | | １．特になし  ２．医療　３．家庭看護　４．福祉制度　５．就園　６．就学　７．学習  ８．就労　９．食事・栄養　　10．災害対策  11．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◆困りごとがあった時、相談できる人はいますか。それはどなたですか。  １．相談できる人はいない  ２．家族　　３．知人・友人　　４．地域の人（　　　　　　　　　　　）  ５．所属している園・学校　　６．医療機関　　　７．訪問看護  ８．相談支援専門員　　　　　９．利用しているサービス事業所  10．小児慢性の窓口・自立支援員　11．保健師　12．市のその他の窓口  13．患者会・家族会　　14．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 自立支援員からの連絡  ※あてはまるものに☑を付けて下さい | | 自立支援員は、小児慢性特定疾病児童や家族の方への相談支援を行っています。  自立支援員からの連絡では、お子さまの療養生活のご様子等をお聞きし、お子さまやご家族の困りごとに関して一緒に考えさせていただきます。また、必要に応じて関連機関と連携し、各種相談窓口をご紹介しています。どこに相談したらいいのか分からない等ありましたら、まずはご相談ください。  ➡自立支援員の連絡を  　　□希望する　　□希望しない  平日8：30～17：00の間で電話がつながりやすい時間帯・曜日等  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 【就園・就学・就労している方へ】  ※あてはまる番号に  〇をして下さい | | この一年間での、受診や治療、体調不良等による欠席・欠勤の状況を教えてください。  1．欠席欠勤はほとんどない　2．月に２～３日程度　３．週に1～２日程度  4．月の半分以上　5．ほとんど欠席している　6．その他(　　　　　　　　　)  ◆欠席や欠勤により困ったこと（学習の遅れ、理解が得られにくい等）や、  支援が必要と感じていることなどありましたらご記入ください。 | | | | |
| 保健所の事業について  ※あてはまるものに  ☑、〇をして下さい | | 小児慢性特定疾病や難病の事業（講演会・交流会・つどい等）について、ご案内を希望されますか。  ※希望されない場合でも疾病に関する事業案内等をお知らせすることがあります。  　□希望する　　□希望しない  ◆どのような内容のものに参加したいですか。（複数可）  ・講演等　1.病気について　2.福祉制度　3.就園就学　4.就労　5. 災害対策  ・交流等　6.同じ疾患の方との交流　7.きょうだい支援  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  特に希望される内容などあればご記入ください  ⇒（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他、ご意見等あればご記入ください | | ご協力ありがとうございました。 | | | | |