＜小児慢性特定疾病　療養おたずね票＞

令和6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 | | |
| 制度・サービス利用等について  ※あてはまるものに☑をし、（　）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☑をし、（　）内を記入して下さい | □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　　　□自己導尿  □膀胱カテーテル　　　　 □透析（血液透析・腹膜透析）  □心臓ペースメーカー　　　　 □薬剤吸入（吸入器要・不要）  □血糖測定  □自己注射（糖尿病・リウマチ・成長ホルモン・血友病）  □IVH等輸液の管理  □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  ※あてはまるものに  ☑をし、（　）内を  記入して下さい  （複数可） | | □特になし  □医療　　□家庭看護　　□福祉制度　　□就園　　□就学　　□学習　　□就労  □食事・栄養　　　　　　□災害対策　　□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。  □相談できる人はいない  □家族　　□知人・友人　　□地域の人（　　　　　　　　　　　）  □所属している園・学校　　□患者会・家族会  □医療機関　　　□訪問看護　　　□相談支援専門員　　□利用しているサービス事業所  □小児慢性の窓口・自立支援員　　□保健師　　　　　　□市のその他の窓口  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 自立支援員からの連絡  ※あてはまる場合に  ☑をし、(　)内に記入して下さい | | 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、下記までご連絡ください。  連絡先：健康づくり課特定疾病係（086）803-1271  **◆自立支援員からの連絡を希望されますか　➡□希望する**  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  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 災害時の備えについて  ※あてはまるものに  ☑をし、【　】内の  項目に〇、（　）内  は記入して下さい  （複数可） | | **◆災害時に備えて、何か対策を取っていますか。** 　**□はい 　□いいえ**  ➡**「はい」と答えた方**　　取っている対策に〇をしてください（複数回答可）。  □ハザードマップの確認　　　□避難先の確認　　　□薬の確保　　　　□防災メールの登録  □非常用物品の準備　　 　　□近隣住民等に避難時のサポートを依頼している  □緊急時の対応の確認（例：薬や酸素が足りない時や、透析が継続できない時の連絡など）  □非常用電源の確保➡【外部バッテリー・蓄電池・自動車から電源確保・発電機】  □その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　　　　　）  ➡**「いいえ」と答えた方**　　理由を教えてください（複数回答可）。  □方法がわからない　　　　□考えたことがない　　 □避難の必要がない  □自分では準備ができない➡【時間や余裕がない・体力的に難しい・費用がかかる】  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 保健所の事業について  ※あてはまるものに  ☑をし、（　）内は  記入して下さい  （複数可） | | ◆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。**➡□希望する**  ※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。  ◆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　　□病気について　　□福祉制度　　　□就園就学　　　□就労　　　□災害対策  □交流等　　□同じ疾患の方との交流　　　　　　□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 | |  | | |

**岡山市保健所健康づくり課　特定疾病係**

ご協力ありがとうございました。