＜小児慢性特定疾病　療養おたずね票＞

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。**＊あてはまるものに**☑**をし、（　）内を記入してください。記入後は、更新書類と一緒に郵送して下さい。**

令和7年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  お子様の名前 | 男・女 | 住　所 | □昨年申請時と変更なし  ＊変更あれば記入してください  岡山市　　区 |
| 生年月日 | H・R　　　　年　　　月　　　日 | 連絡先 | -　　　　- |
| 疾患名 | **□**昨年申請時と変更なし  ＊変更あれば記入してください | 受給者番号 |  |
| 主な育児・介護者 | □父　□母　□祖父母　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 就園・就学・就労等の状況 | **□**なし  **□**就園中　□就学中　➡　園・学校名　**□**昨年と変更なし（変更後：　　　　　　　　　　　　）  ➡**□**通園や通学に送迎や付き添い等が必要（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **□**入所中　➡　施設名　□昨年と変更なし（変更後：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **□**就労中　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 現在の受診状況 | □通院中　➡　通院頻度：（　　）回/週、（　　）回/月、（　　）回/年  医療機関名：□昨年と変更なし（変更後：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □訪問診療　➡　訪問頻度：（　　）回/週、（　　）回/月  医療機関名：□昨年と変更なし（変更後：　　　　　　　　　　　　　　　）  □病院に入院中　➡　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □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 | □特になし　　□昨年と変更なし　➡左記以外の方は下記へ☑をしてください。 | | |
| □身体障害者手帳（　　級）　　　　　　　□重度心身障害の認定  □療育手帳（ □A　□B ）　　　　　　　 □精神障害者保健福祉手帳（　　級）  □訪問看護　月・週（　　）回　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □訪問リハビリ　月・週（　　）回　（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　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □放課後等デイサービス（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　）  □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（事業所名：　　　　　　　　）　□短期入所（事業所名：　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 治療状況・医療機器等の使用状況 | □特になし　　□内服治療　➡左記以外の方は下記へ☑をしてください。 | | |
| □人工呼吸器（□終日　□夜間のみ　□間欠的）　□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  □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　□その他）  □薬剤吸入（□吸入器要　□吸入器不要）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **裏面もご記入をお願いいたします。** | | |
| 生活の状況 | | □生活は自立していて介助不要  □低年齢（乳幼児等）により介助必要  □介助を必要とし、介助者一人で移動可能  □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  （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　　□児の預け先がない  □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。  （複数可） | | □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  □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　　　□患者会・家族会  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 自立支援員からの連絡 | | 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**  ＊特定疾病係(086)803-1271から、表面に記載された連絡先に電話をします。  相談したい内容、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  記入してください。 | | |
| 保健所の事業について | | ◆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）  ①　□講演等　➡　□病気について　　□福祉制度　　□就園就学　　□就労  　□災害対策　　□きょうだい支援  ②　□交流等　➡　□同じ疾患の方との交流　□慢性疾患をもつ方との交流　□きょうだい支援  ③　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ◆特に希望される内容などあればご記入ください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 岡山市が相互交流支援事業を委託している認定NPO法人ポケットサポートについて | | □知っている　　　□知らない | | |
| ◆ポケットサポートが行っている事業で利用してみたい内容はありますか（複数可）   1. 復学支援：□学習支援　□就学＆進学相談　□ピアサポート相談 2. 交流イベント：□工作講座　□職業体験講座　□防災講座　□音楽等鑑賞　□家族座談会   □その他希望する内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. その他：□就労支援　□きょうだい児支援　□学校等との連絡調整　□メルマガでの情報提供 | | |
| 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。

**岡山市保健所健康づくり課　特定疾病係**