

療養生活についてのおたずね(新規・転入時)

保健福祉センター 確認欄	1	2	3	4	5	6	7	8	13	17	18	20	21	23
	質問1 悪化				質問7 相談あり				質問8 医療機器あり					

患者氏名		連絡先	
疾病名又は 番号		記入者	本人/家族/その他 ()

これは、特定医療費(指定難病)支給認定申請をされる方の現在の状況を把握し、今後の療養生活や災害時の支援、大阪市の難病対策に役立てることを目的としています。ご記入の上、申請手続き書類とともにご持参ください。なお、個人情報につきましては、目的以外に使用いたしません。ご協力をお願いいたします。

あてはまる項目の□に✓を入れ、()内に記入や○をつけてください。

1. 病状について、教えてください。 A

初めて診断された時期

()年()月頃()歳

この1年の病状変化

悪化した 変化なし 良くなった

具体的な症状について、新規の方は発病からの経過も教えてください。

2. 現在の主な医療・療養状況について教えてください。 B

在宅で生活 通院中 専門医療機関〔

()回/()か月

かかりつけ医〔

()回/()か月

往診 往診医療機関〔

()回/()か月

病院に入院中 : 医療機関〔

いつから入院 年 月~

→入院目的 : 治療 検査 レスパイト 長期療養

施設に入所中 : 施設名〔

いつから入所 年 月~

3. 日常生活の状況についてお聞きします。 C

介助は不要(日常生活動作は自立している)

介助が必要 : 日中はほぼ起きて活動できる

主にベッド上にいるが、椅子や車いすに座ることができる

1日中ベッド上で横になっている

4. サービス利用について教えてください。 D

身体障がい者手帳

持っている : ()級 持っていない 申請中

介護保険の認定

受けている : (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5)

⇒介護支援専門員 事業所名 ()

(ケアマネジャー) 担当者名 ()

受けていない 申請中 非該当

障がい支援区分認定

持っている : 区分 (1・2・3・4・5・6)

持っていない 申請中

サービスの利用 : 利用しているものすべての□に✓(重複可)

訪問看護 訪問リハビリ ホームヘルパー

訪問入浴 デイサービス・デイケア ガイドヘルパー

ショートステイ 日常生活用具給付 補装具費給付

福祉用具 住宅改修 その他 ()

5. 就労状況について教えてください。 E

就労中 : 常勤 非常勤(アルバイト・パート)

自立支援給付
(就労移行支援・就労継続支援A型・B型)

休職中

就学中 ()

なし : 求職活動中

就労の必要なし

その他(具体的に)

6. 災害時への備えについてお聞きします。 F

近所の避難所を知っている。

避難経路が確認できている。

緊急時に持ち出すものを準備している。

災害時に備えて食料や生活用品を備蓄している。

☆ご記入ありがとうございました。内容によって保健福祉センターからご連絡させていただくことがあります。ご了承ください。

7. 療養生活について困りごと、相談したいことがあればご記入ください。 G

- 病気・薬・治療について 保健・福祉制度
- 介護方法 リハビリテーション
- 食事について 就労・就学について
- 経済面、年金等
- 患者交流について(療養相談会、患者会等)
- その他 ()

具体的にどのようなことですか

8. 医療機器の使用状況について教えてください。 H

なし

あり 人工呼吸器

気管切開 常時 夜間のみ
 マスク式 その他 ()

酸素療法

常時 労作時のみ 夜間のみ

吸引器

常時 時々 ()回/日

その他

人工透析 胃ろう 中心静脈栄養

その他 ()

※保健福祉センター記入欄

相談実施日:	面接・電話	対象者: 本人・家族 ()
年 月 日	・他 ()	・その他 ()

<input type="checkbox"/> アセスメントシート作成不要	記録 ()
--	--------