

# 療養生活についてのおたずね(更新時)

患者氏名		連絡先	
疾病名又は番号		記入者	本人/家族/その他 ( ) 受給者番号

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  マスク式  常時  夜間のみ  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 ( )
--	--	--------