

大阪市公害療養相談会(健康回復教室)質問票・相談票

受付番号

●本日の参加者についてお書きください

ふりがな	
氏名	(歳)
被認定者との続柄	☐ 被認定者本人 →下記の太枠内に <u>ご自身の状況等</u> をお書きください ☐ 家族(続柄:) →下記の太枠内に <u>被認定者の状況等</u> をお書きください ☐ その他() →下記の太枠内の記入は不要です

●被認定者についてお書きください

ふりがな		生年月日	大正	年	月	日
被認定者氏名	(男・女)		昭和		満	歳
住所	区	電話番号				
公害医療手帳の記号番号	大阪 —	認定疾病名	1慢性気管支炎 3ぜん息性気管支炎	2気管支ぜん息 4肺気しゅ	障害等級	1級 2級 3級 級外

被認定者の現在の状況についてお知らせください

1 医師の指示どおり正しく服薬できていますか?	はい・いいえ
2 正しい方法で吸入ができて定期的な医師や看護師に確認していますか?	はい・いいえ
3 腹式呼吸や口すぼめ呼吸を実施していますか?	はい・いいえ
4 上手に痰を出すコツを知っていますか?	はい・いいえ
5 毎日の生活に歩くなどの運動を心がけていますか?	はい・いいえ
6 ぜん息の症状により眠れないことがありますか?	はい・いいえ
7 手洗い・うがいの習慣はありますか?	はい・いいえ
8 毎年インフルエンザの予防接種を受けていますか?	はい・いいえ
9 たばこを吸っていますか?	はい・いいえ
この質問票・相談票の写しを居住区の保健福祉センターへ送付してもよろしいですか	はい・いいえ

本日の講師()に相談したいことがあればお書きください

⇒ あり・なし

保健所記入欄

実施日: 令和 年 月 日	実施場所: ()区保健福祉センター
助言・指導内容 ☐ 医師相談 ☐ 療養相談 ☐ その他()	担当者
参加項目 医師講話・保健指導・栄養指導・リハビリテーション指導・個別相談	