

## 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

- 被認定者本人
- 家族 ( 夫・妻・父・母・兄弟姉妹 ) ⇒ 氏名 ( )
- その他 ( ) ⇒ 氏名 ( )

## ●被認定者本人について、下記の太枠内にお書きください

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 3級	2級 級外

## 被認定者本人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

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 <input type="checkbox"/> 医師相談 <input type="checkbox"/> 療養相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )	担当者 _____
参加項目 医師講話・リハビリテーション指導(食生活・音楽・運動)・保健指導・個別相談	