

< 小児慢性特定疾病用 >

療養生活についてのおたずね（更新時）

これは、小児慢性特定疾病医療受給者証・こども難病受給者証の交付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、大阪市の小児慢性特定疾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、ご回答いただいた内容は匿名で集計され、統計的な分析のみ使用します。ご協力をお願いいたします。

保健福祉センター 確認欄	日付：			
	質問1 不安定	質問4 a～f	質問7 ✓あり	質問8 ✓あり
保健師 確認欄	☐ 「長期療養児分野基礎情報」を再確認した			

受診者氏名		生年月日		住所	区	病名	記入者
ふりがな		西暦	年 月 日				
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	電話			☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ その他〔 〕

あてはまる項目の□に✓を入れ、()内に内容をご記入ください。

1 この1年の体調について教えてください。

☐安定している

☐病状が不安定

☐その他()

2 治療を受けている医療機関・頻度について教えてください。

☐通院

医療機関名 ()

診療科名 ()

頻度 ()か月に()回

☐訪問診療

医療機関名 ()

頻度 ()か月に()回

☐訪問看護

事業所名 ()

頻度 ()か月に()回

☐訪問・通所リハビリ

事業所名 ()

頻度 ()か月に()回

☐入院中

医療機関名 ()

()年()月～

退院予定☐あり ☐なし

3 在宅で一緒に暮らしている方を教えてください。

☐母 ☐父 ☐きょうだい()人

☐祖父母 ☐その他()

4 治療内容および医療処置について教えてください。

☐あり ☐なし

a☐呼吸管理 ➡ ☐気管切開

☐人工呼吸器〔☐常時 ☐夜間のみ
☐その他()〕

b☐酸素療法 ➡ ☐常時 ☐労作時のみ ☐夜間のみ

c☐吸引 ➡ ☐常時 ☐時々()回/日〕

d☐栄養管理 ➡ ☐経鼻 ☐胃ろう・腸ろう ☐中心静脈栄養

e☐排泄処置 ➡ ☐膀胱留置カテーテル ☐導尿

☐浣腸

☐ストーマ➡☐人工肛門 ☐人工膀胱

f☐人工透析 ➡ ☐血液透析 ☐腹膜透析

g☐内服 h☐ネブライザー(吸入処置)

i☐注射・点滴(自己注射含む)

j☐血糖測定 k☐食事療法 l☐運動制限

m☐その他()

5 治療や医療処置は普段どなたが管理されていますか。(複数可)

☐本人 ☐母 ☐父 ☐祖父母 ☐訪問看護

☐居宅介護(ヘルパー) ☐その他()

6 日常生活で介助が必要です。

☐同年齢の子どもと同じ程度

☐同年齢の子どもより介助が必要

➡ どのような場面で介助が必要ですか。

☐食事 ☐排泄 ☐入浴 ☐移動

☐その他()

7 病気・治療について心配なことや相談したいことはありますか。

☐病状がよくない、不安定 ☐かかりつけ医に相談できない

☐本人の病気の理解、本人への病気の説明

☐ケアの方法 ☐特になし ☐その他

具体的にどのようなことですか。

8 生活において心配なことや相談したいことはありますか。

☐就園・就学 ☐園・学校生活 ☐進級・進学 ☐就職

☐友人・人間関係 ☐発育・発達 ☐食事・離乳食

☐災害時の避難方法 ☐周囲(地域等)の理解

☐介護の負担 ☐家族の体調 ☐きょうだいとの時間

☐次の子の出産について ☐経済面 ☐福祉サービス

☐同じ立場の人との交流 ☐特になし ☐その他

具体的にどのようなことですか。

9 災害時の備えについてお聞きします。

☐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

☐薬を7日分確保できている