

保健福祉センター 確認欄	日付:
-----------------	-----

療養生活についてのおたずね（新規・転入時）

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。

記入者: ☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ その他()

受診者氏名		生年月日		住所	区	病名
ふりがな		西暦	年 月 日			
氏名		性別	☐ 男 ☐ 女	電話		

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 この病気の症状に気がついたのは、いつ頃ですか。

()年()月頃 ()歳()か月

そのときの症状について、お書きください。

2 初めて診断を受けたのは、いつ頃ですか。

()年()月頃 ()歳()か月

その医療機関はどこですか。

病院・医院

3 病気についての説明を十分に受けましたか。

☐ はい ☐ いいえ

どなたが聞かれましたか。

☐ 本人 ☐ 母 ☐ 父 ☐ その他()

内容	
----	--

4 現在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()

5 申請された疾病以外で、治療中の病気などがありますか。

☐ ない ☐ ある ➡病名等()

6 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()

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

7 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



☐ 呼吸管理 ➡ ☐ 気管切開

☐ 人工呼吸器 ➡ ☐ 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 ➡ ☐ 常時 ☐ 時々()回/日

☐ 栄養管理 ➡ ☐ 経鼻 ☐ 胃ろう・腸ろう ☐ 中心静脈栄養

☐ 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

☐ 人工透析 ➡ ☐ 血液透析 ☐ 腹膜透析

☐ 内服 ☐ ネブライザー(吸入処置)

☐ 注射・点滴(自己注射含む)

☐ 血糖測定 ☐ 食事療法 ☐ 運動制限

☐ その他()

8 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()

裏面もご記入ください➡

9 日常生活で介助が必要ですか。

☐ 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()

10 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()

11 療育手帳や障がい者手帳はお持ちですか。

☐ 持っていない

☐ 持っている・申請中

☐ 療育手帳 (☐ A ☐ B1 ☐ B2)

☐ 申請中

➡ ()年 ()月取得

☐ 身体障がい者手帳 ()級

☐ 申請中

➡ ()年 ()月取得

☐ 精神障がい者保健福祉手帳➡ ()級

☐ 申請中

➡ ()年 ()月取得

12 福祉サービスを受けていますか。(該当するものすべてに☑)

☐ ホームヘルプなど(居宅介護・重度訪問介護)

☐ 外出時の支援(同行援護・行動援護・移動支援)

☐ 短期入所(ショートステイ)

☐ 生活介護

☐ 施設入所

☐ 計画相談支援・障がい児相談支援

☐ 補装具費・日常生活用具給付

☐ その他()

13 就園・就学等の状況について教えてください。

☐ 未就園

☐ 保育所・幼稚園

➡所属先()

☐ 児童発達支援 (☐ 通所 ☐ 訪問型)

➡所属先()

☐ 放課後等デイサービス

➡所属先()

☐ 小学校

☐ 地域の学校 (☐ 通常学級 ☐ 通級 ☐ 特別支援学級)

☐ 支援学校 ☐ 院内学級

☐ 中学校

☐ 地域の学校 (☐ 通常学級 ☐ 通級 ☐ 特別支援学級)

☐ 支援学校 ☐ 院内学級

☐ 高等学校

☐ 支援学校高等部

☐ 大学

☐ 短期大学・専門学校

☐ 仕事をしている

☐ 就労移行支援・就労継続支援 等

☐ その他()

14 災害時の備えについてお聞きます。

☐ 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

15 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。

16 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。