



この用紙は、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お子さんやご家族の状況をおたずねするものです。今後の療養生活支援に活用させていただきますので、あてはまる内容に○印またはご記入いただき、申請手続き書類とともにご提出ください。

記入者〔 母 ・ 父 ・ その他（ ） 〕 申請年月日（ R 年 月 日 ）

受給者氏名	ふりがな	生年月日	H	年 月 日 (歳 か月)	住所	病名
	男 女		R		区	

I. お子さんの体調や療養生活に関して、この1年で変わったことはありますか。

() ない () ある 例：症状が重くなった、入院や手術をした、医療機関が変わった、身体障がい者手帳・療育手帳を取得したなど

III. 病気や療養に関すること以外に、子育てや社会生活についてお困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：体重や身長伸び、発達、離乳食や食事、排泄、予防接種、子どもとの接し方、保育所や幼稚園・学校での過ごし方、進学・進級・就労に関する事など

II. 病気や療養生活に関して、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：運動や食事の制限、内服や自己注射、本人への説明、家族や周囲の協力体制など

IV. 養育者やご家族のことで、お困りのことや相談したいことはありますか。

() ない () ある 例：養育者自身の健康、きょうだいの関わりなど

* 医療的ケアが必要ですか。

- () いいえ () はい
1. 気管切開 (年 月開始)
 2. 人工呼吸療法 (年 月開始)
 3. 酸素療法
 4. 吸引
 5. 胃ろう
 6. 鼻腔栄養
 7. 中心静脈栄養
 8. 人工肛門
 9. 自己導尿
 10. 透析
 11. その他 ()

ご記入ありがとうございました。内容によっては、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。