



令和4年度 小児慢性特定疾病児等療養相談会 申込書



※ご記入いただいた個人情報は当該目的以外には使用いたしません。

※新型コロナウイルス感染症の状況によっては、中止となる場合があります。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

●【会場参加】 参加を希望する日程・内容に○をつけてください。(日程・内容ともに複数選択可、個別相談は申込先着順)

<input type="checkbox"/> ①6月30日(木)	<input type="checkbox"/> 講演①	<input type="checkbox"/> 講演②	<input type="checkbox"/> 個別相談
<input type="checkbox"/> ②7月12日(火)	<input type="checkbox"/> 講演①	<input type="checkbox"/> 講演②	<input type="checkbox"/> 個別相談
<input type="checkbox"/> ③8月3日(水)	<input type="checkbox"/> 講演	<input type="checkbox"/> 個別相談	
<input type="checkbox"/> ④8月20日(土)	<input type="checkbox"/> 講演	<input type="checkbox"/> 個別相談	
<input type="checkbox"/> ⑤9月3日(土)	<input type="checkbox"/> 講演	<input type="checkbox"/> 個別相談	

●【動画配信】 視聴を希望する内容に○をつけてください。(複数選択可、希望の講演動画の視聴URLをお送りします。)

<input type="checkbox"/> ①6月30日・②7月12日の講演	※第2回開催終了後に2週間程度配信(7月下旬頃に詳細をメールします)
<input type="checkbox"/> ③8月3日～⑤9月3日の講演	※第5回開催終了後に2週間程度配信(9月下旬頃に詳細をメールします)

※限定公開としているため、申込みされていない方への動画視聴URLに関する情報共有及び講演動画の録音・録画・スクリーンショット、詳細内容のSNS等への投稿はご遠慮ください(申込みをされた時点で同意したこととみなします)。

●太枠の内容についてご記入ください。(会場参加・動画配信いずれの場合も記入)

記入日: 令和4年 月 日

ふりがな	生年月日		相談会の参加状況	
お子さんの氏名	平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 初めて申し込む <input type="checkbox"/> 過去の参加あり(R3・R2・R1・H30・H29・それ以前)	
住所	区	連絡先 (昼間連絡のつくところ)	TEL ()	FAX ()
メールアドレス				
相談会を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 個別通知 <input type="checkbox"/> 医療機関設置ビラ <input type="checkbox"/> 保健師の紹介 <input type="checkbox"/> 訪問看護師の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他()			
病名 合併症			発病年月 : 平成 年 月頃 (歳頃) 令和	
現在の主な症状				
医療的ケアの有無	無 ・ 有 (内容 : 気管切開 ・ 人工呼吸療法 ・ 酸素療法 ・ 吸引 ・ 胃ろう ・ 鼻腔栄養 ・ その他())			
学校・園・通園施設等	<input type="checkbox"/> 未就園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 児童発達支援・放課後等デイサービス等 (名称 :) <input type="checkbox"/> 地域の学校(通常学級・特別支援学級) <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> その他()			
患者会の入会	無 ・ 有 (名称 :)	保健福祉センター保健師との関わり	有 ・ 無	

●太枠の内容についてご記入ください。(会場参加の方のみご記入ください)

現在の医療機関	(例) 医療機関名(〇〇病院〇科)	通院頻度(例:月1回)	内服薬の種類・注射等
当日参加予定の方	本人 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他()		
参加に際しての連絡事項	特になし ・ 車いす、バギー等で参加 ・ その他()		
手話通訳の希望	なし・あり(※開催日の2週間前までにお申込み下さい)		

同意欄	今後の保健師による訪問・面接等の参考のため、この「申込書」の写しと参加日の記録について、お住まいの区の保健福祉センターへ送付してもよろしいでしょうか。
	(はい ・ いいえ) ↓ 「はい」の方はご記入をお願いいたします。
	※申込者署名 (本人との続柄)

裏面もご記入ください

お子さんのお名前

【申込み先】 大阪市保健所 管理課保健事業グループ
 〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000(あべのメディックス10階)
 FAX番号:06-6647-0718

㊤ 送り先を間違えないよう、十分ご注意ください。
 裏面もご記入の方は、裏面もお忘れのないよう送付してください。

🍀 「個別相談」をご希望の方は、相談したい内容を太枠内にご記入ください。

区分	相談したい内容（具体的にご記入ください）	※保健所記入欄
(6/30) 講師① 児童発達支援 センター		講師 _____
(7/12) 講師① 就学相談・地域の 小学校の生活		講師 _____
(7/12) 講師② 特別支援学校		講師 _____
(8/3) 講師 きょうだいさ ん		講師 _____
(8/20) 講師 先輩ママ		講師 _____
(9/3) 講師 子どもの自 立の支え方		講師 _____
医師 (小児科医)		医師 _____
療養生活 (保健師)		保健師 _____
食生活 (栄養士)		栄養士 _____
その他 の相談 (自立支援 員等)		自立支援員 _____

<※以下、保健所記入欄> 受理日 令和4年 月 日

【身長()cm 体重()kg 測定日()】

	予診	講師①	講師②	医師	療養	食生活	自立支援員
6月30日							
7月12日							
8月3日							
8月20日							
9月3日							

<来所者>

本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()
 本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()
 本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()
 本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()
 本人・父・母・兄 弟 姉 妹 ・()