



令和6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。



●【動画配信】 視聴を希望する場合、○をつけてください。（講演動画の視聴URLをお送りします。）

動画 ※注	()	「医療機器を使用しているお子さまの災害時の電源確保について」
----------	-----	--------------------------------

●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）

	会場参加	日程	講演①	個別相談	講演②	個別相談	ライブ配信 ※注
①	()	7月10日(水)	就学に向けて・地域の小学校	()	特別支援学校	()	()
②	()	7月22日(月)	児童発達支援センター	()	医療的ケアが必要な方の保育所生活		()
③	()	8月17日(土)	先輩ママの子育て体験談		きょうだいさんのキモチ・一緒に遊ぼう	()	()
④	()	8月31日(土)	(中高生に向けて)福祉サービス	()	移行期医療について聞いてみよう	()	()

動画配信・ライブ配信における注意事項

- ※ 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ものとみなします）。
- ※ 講師への質問については、会場参加の方のみです。配信では受けつけていませんので、ご了承ください。
- ※ 会場参加をご希望の方も念のためライブ配信を申込みすることができます。
- ※ 視聴後のアンケートにご協力をお願いします（アンケートURLを送付します）。

●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6年			月	日
ふりがな	生年月日		相談会の参加状況	
お子さまの 氏名	平成 令和	年 月 日	☐ 初めて申し込む ☐ 過去の参加あり(R5・R4・R3・R2・R2・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	☐ 個別通知 ☐ 医療機関設置ビラ ☐ 保健師の紹介 ☐ 訪問看護師の紹介 ☐ ホームページ ☐ その他()			
病 名 合併症	発病年月		平成 令和	年 月頃 (歳頃)
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	・未就園 ・保育所 ・幼稚園 ・児童発達支援/放課後等デイサービス等(名称:) ・地域の学校(・通常学級・特別支援学級) ・支援学校 ・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

●以下は、会場参加の方のみご記入ください。

当日参加予定の方	本人(お子さま)・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3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)



会場参加の方は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。

交流会で聞いてみたいことや話したい内容をご記入ください

🍀 「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。

	相談したい内容（具体的にご記入ください）	※保健所記入欄
(7/10) 講師① 地域の小学校		講師 _____
(7/10) 講師② 特別支援学校		講師 _____
(7/22) 講師① 児童発達支援 センター		講師 _____
(8/17) 講師② きょうだいさん		講師 _____
(8/31) 講師① 福祉サービス		講師 _____
(8/31) 講師② 移行期医療		講師 _____
医師 (小児科医)		医師 _____
食生活 (栄養士)		栄養士 _____
療養生活 (保健師)		保健師 _____
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6年 月 日

	予診	講師①	講師②	医師	食生活	療養	自立支援員
7月10日							
7月22日							
8月17日							
8月31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 ・()