

記載年月日 年 月 日

小児慢性療養生活相談票

新規・転入の方はご提出をお願いします。個人情報の保護には十分に配慮いたします。

フリガナ: 受診者(児童)氏名:	性別: 男 女	TEL: - -
疾患名:	記入者: 母・父・本人・その他 ()	

1 療養生活のことで、ご相談がある場合はこちらにご記入ください。

()

2 1のご相談内容について、保健所・保健福祉センターで相談したい。

(相談がない場合は記載不要)

1. はい

⇒電話が繋がる曜日・時間帯もご記入ください(例:月曜日 10時～15時)

()

2. いいえ

3 在宅での療養生活で困ったことがある時に相談できる方はいらっしゃいますか。

1. いる (家族 () ・ 友人 ・ 主治医 ・ その他 ())

2. 相談したいが、相談できる相手がいない

3. 特に相談を必要としていない

* 現在のご状況についてお伺いします

4 通院・治療状況

1. 通院 2. 往診 3. 入院中 (いつから 年 月～現在)

5 就園・就学・就労等の状況

・なし / 保育所 / 幼稚園 / 小学校 / 中学校 / 高校 / 特別支援学校

↳ 特別支援学級の利用の有無 (有 ・ 無)

・就労(年 月～ / 常勤 ・ アルバイト ・ その他 ())

*裏面もありますので、ご記入ください

6 治療や医療処置の状況について (あてはまるもの全て)

- | | | | |
|----------------------|----------|----------|-------------|
| 1. 特になし | 2. 内服治療 | 3. 血糖測定 | 4. 自己注射 |
| 5. 経管栄養 (鼻腔/胃ろう/腸ろう) | 6. 自己導尿 | 7. たん吸引 | |
| 8. 在宅酸素療法 | 9. 人工呼吸器 | 10. 気管切開 | 11. その他 () |

7 現在利用している医療福祉サービス等について (あてはまるもの全て)

1. 身体障害者手帳 (肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 呼吸 ・ その他 ()
(1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)
2. 療育手帳 (A ・ B1 ・ B2)
3. 訪問看護・訪問リハビリ 月に () 回利用、もしくは週に () 回利用
4. ホームヘルプサービス 月に () 回利用、もしくは週に () 回利用
5. こども未来センター等の通園、児童発達支援事業・放課後等デイサービス
月に () 回利用、もしくは週に () 回利用
6. その他 ()

ご協力ありがとうございました

※以下 職員記入欄

対応日 年 月 日 対応職員 _____
面接者： 母 ・ 父 ・ その他 () _____
受付場所： 鳴尾・北口・塩瀬・山口・保健所 _____

【相談内容】 該当内容○印 (複数可)
a.申請等 b.医療 c.家庭看護 d.福祉制度 e.就労
f.就学 g.食事・栄養 h.歯科 i.その他

【対応職員コメント】

【面接結果】 主な該当内容 1つに○印
ア.患者会・交流会紹介 イ.市役所・他機関へのサービス案内 ウ.地区担当保健師へ情報提供
エ.医療費助成の説明 オ.その他 ()