

◇特定医療費（指定難病）支給認定（更新）おたすね票◇ 令和5年度

これは、皆様の現在の状況を把握し、今後の難病対策や災害時の救護活動対策に役立てるために、滋賀県がお聞きするものです。お手数ですがご協力をお願いします。

なお、収集する個人情報はこの目的以外には使用しません。 記載日：R 年 月 日

住所			電話番号				
ふりがな お名前			疾病名	(疾病番号:)			
			受給者番号				
生年月日	T・S H・R	年 月 日 (歳)					
世帯構成 (複数可)	※ 在宅で一緒に暮らしている方を教えて下さい。(同一敷地内を含む。) <input type="checkbox"/> 独り <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子ども(成年) <input type="checkbox"/> 子ども(未成年) <input type="checkbox"/> その他()						
就労等の状況	<input type="checkbox"/> あり(就労) <input type="checkbox"/> あり(就学) <input type="checkbox"/> なし						
現在の 入院・通院状況 (複数可)	<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 往診を受けている(診療所名:) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名:) (入院期間: 、目的: 治療・レスパイト・長期入院) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()						
医療機器等の 使用状況 (有・無) ↑該当する方に ○をしてください	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (夜間のみ・終日) } D <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 ()ℓ/分 } <input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> その他()						
生活の状況	<input type="checkbox"/> 介助は不要で、生活は自立している。…J <input type="checkbox"/> 介助が必要だが、日中はほぼ起きて活動できる。…A <input type="checkbox"/> 介助が必要だが、座ることができ、日中はほぼベッド上で過ごす。…B <input type="checkbox"/> 介助を必要とし、1日中ベッド上で過ごす。…C						
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 持っている → ()級 → <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 申請中		今回更新される特定疾病の病名が記載されていますか。 <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない				
介護保険 の認定	<input type="checkbox"/> 受けている { 要介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 受けていない { ケアマネ (事業所名:) <input type="checkbox"/> 対象外 { (担当名:) <input type="checkbox"/> その他(認定審査中など:)						
サービス利用	<input type="checkbox"/> 利用している { <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名:) <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> その他 ()						
講演会などの 案内	※指定難病に関する講演会や相談会、患者・家族同士の交流会の案内送付 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない						

裏面もご記入ください。

日常生活について困りごと等あればご記入下さい。
 (*あてはまる項目すべてに○をつけてください。)

受給者番号

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 病気・薬・治療について | <input type="checkbox"/> 介護負担について | <input type="checkbox"/> 介護方法について |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーションについて | <input type="checkbox"/> 食事について | <input type="checkbox"/> 就学・就労について |
| <input type="checkbox"/> 歯に関することについて | <input type="checkbox"/> コミュニケーションについて | <input type="checkbox"/> 経済的な負担について |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

具体的な内容についてご記入ください

.....

.....

.....

.....

保健師等の相談希望について

- 希望する 希望しない

★ ご協力ありがとうございました。

保健所記入欄 来所者(本人・家族) 対応者()

- 要支援者名簿作成の説明 避難行動要支援者名簿の判定基準:(B・C・D)

【相談内容】:チェックをつける

- 申請等の相談 医療 家庭看護 リハビリテーション 福祉制度 就労
 就学 食事・栄養 歯科 レスパイト入院 その他()

【保健師面接(引継ぎ票)】 あり なし

表面 B~D に該当された方へ

<市町における災害時要支援者名簿の作成について>

平成25年6月に災害対策基本法が改正され、市町において避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられました。これにより、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、保健所は市町の求めに応じておたずね票の内容を提供することがあります。これは、災害時の要支援者への対応をより充実することを目的としており、本目的以外には用いられませんので、該当する方についてはご承知ください。

また、緊急時の連絡先について、可能な範囲でご記載いただきますようお願いいたします。

●緊急時の連絡先(同居の方・同居以外の方もおられましたらご記載ください)

続柄・ご関係	氏名	電話番号(携帯電話)	同居有無	住所(同居以外の場合)

((参考))災害対策基本法(抜粋) (避難行動要支援者名簿の作成)

第四十九条の十 市町村長は、当該市町村に居住する要配慮者のうち、災害が発生し、又は災害が発生するおそれがある場合に自ら避難することが困難な者であつて、その円滑かつ迅速な避難の確保を図るため特に支援を要するもの(以下「避難行動要支援者」という。)の把握に努めるとともに、地域防災計画の定めるところにより、避難行動要支援者について避難の支援、安否の確認その他の避難行動要支援者の生命又は身体を災害から保護するために必要な措置(以下「避難支援等」という。)を実施するための基礎とする名簿(以下この条及び次条第一項において「避難行動要支援者名簿」という。)を作成しておかなければならない。

4 市町村長は、第一項の規定による避難行動要支援者名簿の作成のため必要があると認めるときは、関係都道府県知事その他の者に対し