

◇ 小児慢性特定疾病おたずね票 ◇ (新規・更新) 令和7年度

このおたずね票は、皆様の現在の状況を把握し、今後の支援や災害時の救護活動対策に役立てるために、保健所がお聞きするものです。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。

お手数ですがご協力をお願いします。

記載日: 令和 年 月 日

ふりがな お名前	男・女	病名						
		受給者 番号						
生年月日	H R 年 月 日 (歳)							
住所		電話 番号	自宅	-	-			
			携帯	-	-	(続柄)		
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"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()							
就園就学等 の状況	<input type="checkbox"/> 未就園 <input type="checkbox"/> 就園 → <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 (就園先名称:) <input type="checkbox"/> 就学 あり → (学校名) <input type="checkbox"/> 施設入所 (名称) <input type="checkbox"/> その他 ()							
現在の 入院・通院 等の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名: 主治医名:) (通院頻度:) <input type="checkbox"/> 訪問診療を受けている (診療所名: 主治医名:) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (医療機関名:) ※退院予定 <input type="checkbox"/> あり(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:)(入所時期: 年 月~)							
医療機器 等の 使用状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器・おおよそ24時間装着 ……D1 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器・断続的に装着 (例:夜間のみ、体調不良時等) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (<input type="checkbox"/> 終日・ <input type="checkbox"/> 断続的に使用) ()ℓ/分 ……D2 <input type="checkbox"/> たん吸引器 ()回/日 <input type="checkbox"/> 人工透析 → 種類 (<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腹膜) <input type="checkbox"/> IVH等輸液の使用 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 薬剤吸入 <input type="checkbox"/> 自己注射 → 種類 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 成長ホルモン) <input type="checkbox"/> その他()							
有・無								
生活の状況	①必要な介助の程度について教えてください。 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと同じ程度 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもより介助が必要 → 以下、②の質問にお答えください。 ②-1. 主な介助者はどなたですか?(当てはまる方すべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() ②-2. どのような場面で、介助が必要ですか?(当てはまるものすべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 → ③の質問にお答えください ③今の状態に当てはまるものをお答えください。 <input type="checkbox"/> 見守りがあれば自力で歩いて移動できる。 <input type="checkbox"/> 座る姿勢をとることはできるが、移動に1人以上の介助が必要 ……B <input type="checkbox"/> 寝た姿勢で過ごし(座る姿勢をとることが困難)移動に1人の介助が必要 ……B <input type="checkbox"/> 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)かつ移動に2人以上の介助が必要 ……C							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている ()級	療育手帳	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている 判定()	重度心身障害者(児)判定 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている				
サービス 利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	相談支援 専門員	<input type="checkbox"/> いる → (事業所名:) <input type="checkbox"/> いない → (その他の相談先:)					

裏面もご記入ください。

利用しているサービスをお答えください。

訪問看護（事業所名 _____） 通所・訪問リハビリ（事業所名 _____）

短期入所・レスパイト(機関名 _____) 居宅介護 重度訪問介護 行動援護

移動支援 日中一時支援 児童ディサービス(療育教室)の通所 放課後等ディサービスの通所

その他（ _____ ）

困っていること心配したこと

※今後の事業等を検討する際に参考にしますので、当てはまるものすべてお答えください。

身近にかかりつけ医が確保できない 治療や医療機関に関する情報が少ない

専門医療機関とかかりつけ医との連携が難しい 専門的な医療機関がない

患児の日常生活、療養が大変 周囲(地域等)の理解が得にくい

保育所や幼稚園、学校関係者等の理解が得にくい、説明が難しい

親の経済的負担が大きい 親の身体的負担が大きい

親の精神的負担が大きい 相談先がない

きょうだいの育児、精神的ケアの時間が取れない 仕事につけない(やめざるをえなかった)

同じ立場(同じような病気)の人との交流や相談をしたいが、その機会がない

病気のことを知りたいが、学ぶ機会がない

親の用事や休息などのために、子どもを預かってほしいと思う時がある

災害時の避難や避難先での生活等について不安がある

その他（ 具体的な内容をお書きください。 _____ ）

お子さんに慢性疾患があっても安心して生活できていると思いますか。

出来ている 大体できている あまり出来ていない 出来ていない

理由をお答えください。 _____

講演会・交流会等の案内	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	患者会や家族会への参加	<input type="checkbox"/> 参加している（名称 _____） <input type="checkbox"/> 参加していない
-------------	---	-------------	---

現時点での保健師等の相談希望について 希望する 希望しない

※小児期発症の病気をお持ちの方が思春期・成人期を迎えた際、年齢に応じた適切な医療を受けられるよう、本県では小児科から成人科への移行や、患者さん本人が医療を自己決定し管理していくための「移行期医療」の取組を推進し、身近にかかりつけ医をもってもらうことを目指していきます。そのため、小児慢性特定疾病医療受給者の皆様の医療の現状等を小児期から成人期にかけて把握していきたいと考えています。

移行期医療の状況について小児慢性特定疾病医療費支給対象外(20歳以上)となっても、実態調査等に御協力いただけますか。 はい いいえ

保健所記入欄 来所者(_____) 対応者(_____) 相談継続(不要・要 _____)

【相談内容】 申請等の相談 医療 家庭看護 福祉制度 就学 就労 食事・栄養

歯科 作業所入所 災害 面接 その他(_____)

表面 (B・C：移動)と(D：医療機器使用状況)に、該当の方へ

<市町における災害時要支援者名簿の作成のため下記にご記入ください>

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(自宅以外)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。

住所(自宅以外)			
氏名		続柄	
電話番号			