

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： 年 月 日

[illegible]

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。）

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| ☐ 病気・薬・治療について | ☐ 介護負担について | ☐ 介護方法について |
| ☐ リハビリテーションについて | ☐ 食事について | ☐ 就学・就労について |
| ☐ 歯に関することについて | ☐ コミュニケーションについて | ☐ 経済的な負担について |
| ☐ 災害時の備えについて | ☐ その他（ | ） |

具体的な内容についてご記入ください

困りごとについて、保健師等の相談を希望しますか ☐希望する ☐ 希望しない
➤ 相談希望者 ☐本人 ☐家族 ☐その他（ ） 本人以外の連絡先（ ）

難病疾患をお持ちのご本人にお聞きます。現在の生活の満足度をお答えください。

- ☐ 満足 ☐ やや満足 ☐ やや不満 ☐ 不満

どのようなことがあれば満足度はあがると考えられますか。【自由記載（在宅サービスを受けたい、就労したい等）】

保健所での相談対応（窓口、電話、訪問、個別相談など）についてお答えください。

- ☐ 満足 ☐ やや満足 ☐ やや不満 ☐ 不満 / ☐ 相談していない

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

<災害時に備えて>

○市町の避難行動要支援者名簿への登録について

「避難行動要支援者名簿」とは、災害が起こったときに自力で避難することが難しく、支援を必要とする方々をあらかじめ登録しておく名簿です。災害時には登録した情報を活用し、地域全体で登録者の安否確認、避難支援を行います。災害に備えてぜひご登録ください。お問い合わせはお住まいの市町へお願いします。

○保健所から市町への情報提供について

「避難行動要支援者名簿」は、法律に基づいて市町が作成しており、保健所は、ご家族やご本人の同意の有無に関わらず、市町の求めに応じておたすね票の内容を提供することがあります。これは、災害時に要支援者への対応を充実させ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、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をお願いいたします。

●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）