

## 更新申請時アンケート

このアンケートは、小児慢性特定疾病を持ちながら生活されている皆様の支援に役立てることを目的としています。今後の参考にアンケートにご協力をお願い致します。なお、記入された個人情報については上記以外の目的に使用することはありません。

※右のQRコードからの回答も可能です。



QRコードから回答済み

→この用紙の記入は終了です。申請書と一緒に提出ください。

この用紙で回答 →下にお進みください

※当てはまる回答にチェック、または該当する内容の記載をお願いします。

記入者：父・母・本人・その他（ ）

受診者名	( 歳) 男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日
所属名 (学校・職場等)	幼稚園・こども園・ 保育園・学校

### 1 受給中のお子さんについてお聞かせください。

- (1) 疾患名 ① ( )  
② ( )

- (2) 受給者証に記載してある受給者番号の上2けた (01~16)

--	--

- (3) 直近一年間の通院状況について ( ) は病院, 施設名をご記入ください。

- 入院中 ( ) 退院予定時期:  
 通院 ( ) 週・月・年に 回  
( ) 週・月・年に 回  
 往診 ( ) 週・月・年に 回

- (4) 次回受診予定日：令和 年 月 日

- (5) 現在の治療について

- 定期的に 【 服薬  注射  その他 ( )】  
 症状がある時のみ【 服薬  注射  その他 ( )】  
 薬はなく経過観察中  
 その他 ( )

- (6) ここ1年間の治療方針について

- 大きく変わった  少し変わった  かわらない

※変わった内容について、具体的に記載してください

- (7) (3) 以外で利用しているサービスはありますか。( ) は施設名などをご記入ください。

- 訪問診療 ( )  訪問看護 ( )  
 訪問リハビリ ( )  相談支援事業所 ( )  
 通所施設 (放課後デイ・児童発達支援事業所等) ( )  
 入所施設 ( )  その他 ( )  利用していない

- (8) 各種手帳について

- 持っている  
 身体障害者手帳 \_\_\_\_\_ 級を持っている  
 療育手帳 A- A- B- \_\_\_\_\_ を持っている  
 精神障害者保健福祉手帳 \_\_\_\_\_ 級を持っている  
 持っていない

- (9) ご家庭で受けている医療的ケアはありますか。

- 無  有

有の場合： 吸引  吸入  気管カニューレ管理  在宅酸素療法  人工呼吸器管理  持続点滴  
 経管栄養管理  中心静脈栄養  排便コントロール  人工肛門管理  自己導尿  
 膀胱内カテーテル管理  褥瘡処置  血糖測定  自己注射 (保護者によるものも含む)  その他 ( )

(10) 現在の発育・発達についてお聞かせください。

※記入例：座位・寝返り可能。着替えは一部介助，服薬管理できる，排泄介助が必要，入浴介助，自立等

{ }

## 2 災害対策についてお聞かせください。

※災害対応は日頃からの備えが大切です。現在の備えについてお聞かせください。

(1) 災害時の備えをしていますか？ 特になし 有（以下にチェックをつける）

有の方：医療機関，医療機器メーカー等の連絡先確認 バッテリー確保 予備薬の用意

その他（ ）

(2) 災害時の避難は自力（または家族のみ）でできますか？

自力（家族のみ）で可能 支援があれば可能（必要な支援： ） 不可能

(3) 災害時の避難場所は知っていますか？ 知っている 知らない

(4) 災害時の連絡方法等を家族や関係者で決めていますか？ いる いない

(5) ご自宅に医療機器が有の場合お聞かせください。電源の使用はありますか。

無 有→蓄電池 発電機 車の電源 その他（ ）

(6) 停電時の電源確保時間（ ）時間

(7) 故障時・バッテリー切れ等トラブル時の相談先 有 無

## 3 ご家族についてお聞かせください。

(1) 同居されているご家族（当てはまるものすべてに）

父 母 きょうだい（兄 姉 弟 妹） 祖父母 その他（ ） 一人暮らし

(2) 主に養育（介護）している方（当てはまるもの1つに）

父 母 きょうだい 祖父母 その他（ ） いない

## 4 相談先についてお聞かせください。

(1) ご家庭での生活の困りごと，心配事やサービスの利用等を相談できるかたはどなたですか。（複数回答可）

家族や親族 医療機関 訪問看護事業所 相談支援事業所 保健所 市の保健師

市の障がい福祉担当窓口 近所にお住いの人 学校・保育園等 患者家族会

同じ病気をもつ子の保護者 ハローワーク その他（ ）

相談できる人がいない 相談したいことがない

(2) 上記についてどのような内容について相談されていますか（今後したいですか）。

よろしければお聞かせください。

※上記のアンケート内容や日常の心配事等について保健師との面談を希望されますか。

はい いいえ

相談希望内容：

ご希望がない場合でもご連絡させていただく場合がございます。面談のご希望がない方も，連絡先，つながりやすい時間をお聞かせください。（平日の午前8時30分～午後5時15分の間にお電話させていただきます。）

平日ならいつでも可  曜日の 時ごろ(平日のみ) その他（ ）

連絡先： \_\_\_\_\_（父・母・本人・その他（ ））

※必要な場合，柏市内の関係機関へ情報提供することに同意します。はい・いいえ

ご協力いただきありがとうございました。