

❀ 療養生活についてのおたずね ❀

この用紙は、難病を持ちながら生活されている方の療養状況をおたずねするものです。柏市の難病相談事業の一環で、皆さまの今後の支援に役立てることを目的としています。

ご提供いただいた個人情報は、上記以外の目的で使用することはございません。可能な限りで記入のご協力をお願いいたします。

【記載日】 R 年 月 日 【記載者】 本人・家族・その他（ ）

患者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日 (歳)
難病名		日中繋がる連絡先	(本人以外の場合 続柄:)
現在の住まい	<input type="checkbox"/> 自宅(独居) <input type="checkbox"/> 自宅(家族等と同居) <input type="checkbox"/> 入院中 ⇒ 退院の目途 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 施設入所 (年 月 ~)		
この1年の変化 (新規申請以外の方)	<input type="checkbox"/> 良くなった <input type="checkbox"/> 大きな変化なし <input type="checkbox"/> 悪化した (具体的な内容:)		
難病の受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他 (入院中・施設入所含む)		
難病の受診頻度	<input type="checkbox"/> 専門医療機関 (___ か月に ___ 回) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (___ か月に ___ 回)		

これより先は、下記のいずれかに当てはまる方のみご記載ください。

① 自宅で酸素吸入をしている (在宅酸素療法・HOT)



② 自宅で人工呼吸器を使っている ③ 65歳以上である ④ 困りごと・相談がある

日常生活について教えてください

主な日中の過ごし方 (入院中・入所中以外の方)	<input type="checkbox"/> 在宅が多い(一人) <input type="checkbox"/> 在宅が多い(家族や支援者あり) <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> その他()		
移動の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・手すり使用 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> ほとんどベッド上		
発語のしにくさ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (会話可能・筆談・意思伝達装置使用・その他 ())	
自宅での医療処置・医療機器の使用 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 持続点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 (一日中・日中のみ・短時間・労作時のみ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (気管切開・マスク・鼻マスク) (一日中・夜間のみ・間欠的・短時間) <input type="checkbox"/> その他()	
介護保険利用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> あり (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) ⇒ ケアマネージャー名: 事業所名: <input type="checkbox"/> ケアマネージャーなし	
使用しているサービス (複数選択可)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名:) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()	

⇒裏面もあります

つづき

障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ 級） 視覚・聴覚・平衡機能・音声・言語・そしゃく・ 肢体不自由（上肢・下肢・体幹・運動機能）・心臓・ じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・免疫機能・肝臓
主な介護者 （介護が必要な方）	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 親戚等 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

災害対策は行っていますか？ 

災害対策 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 特に何も していない	<input type="checkbox"/> 災害対策について家族や支援者と話し合っている <input type="checkbox"/> 食料・生活用品の備蓄 <input type="checkbox"/> 家具の転倒防止や落下物の対策 <input type="checkbox"/> ハザードマップ・避難所の確認 <input type="checkbox"/> （医療機器使用者の場合）停電に備えて蓄電池等の準備 ⇒内部バッテリーを含めた総稼働可能時間 _____時間 <input type="checkbox"/> その他（
-----------------	--	---

困りごとがあった場合に相談できていますか？ 

相談できる相手 （複数回答可）	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ヘルパー・介護士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他（ ）
保健師に 相談したいこと （療養生活に 関すること）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 既に他で相談している <input type="checkbox"/> 誰にも相談したことがない） 具体的な内容 ※窓口にいる方 ⇒ <input type="checkbox"/> その場で相談したい <input type="checkbox"/> 後日電話希望

ご記入ありがとうございました。
必要に応じて柏市保健予防課(04-7167-1254)から連絡させていただく場合がございます。

【職員記載欄】

相談時対応 要架電（架電日 / ） 面接済（ / ） 対応者：