



9. 災害に備え、日頃から用意しているものはありますか。

※災害対策は日頃からの備えが大切です。

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. 特になし                                | 7. 家族内での避難方法、連絡方法の共有 |
| 2. 食料品や飲料水備蓄                           | 8. ハザードマップの確認        |
| 3. 予備薬の用意                              | 9. 電力会社に患者登録         |
| 4. 医療用具・衛生材料備蓄                         | 10. K-Netに登録         |
| 5. 避難場所・ルートの確認                         | 11. その他 ( )          |
| 6. 停電時の医療機器の確認・電源確保⇒ (バッテリー・蓄電池・発電機・車) |                      |

停電時の電源確保時間	時間
------------	----

10. 災害時の避難は自力（または家族のみ）でできますか。

1. 自力（家族のみ）でできる
2. 支援があればできる（必要な支援： )
3. できない

11. 現在の発育・発達についてお聞かせください。

(寝返り可, 服薬管理できる, 排泄・入浴介助必要, 自立等)

12. 療養や家庭での困りごと、サービスの利用などを相談できる方はどなたですか。

- |                |                |             |            |          |
|----------------|----------------|-------------|------------|----------|
| 1. 家族や親族       | 2. 医療機関        | 3. 訪問看護事業所  | 4. 相談支援事業所 | 5. 市の保健師 |
| 6. 市の障害福祉担当窓口  | 7. 小児慢性相談窓口    | 8. 学校や保育園   | 9. 患者家族会   |          |
| 10. ハローワーク     | 11. 友人         | 12. その他 ( ) |            |          |
| 13. 相談できる人がいない | 14. 相談したいことがない |             |            |          |

13. お困りのことや相談したいことはありますか。すべてに○をつけてください。

- |                   |                  |
|-------------------|------------------|
| 1. 小児慢性の制度について    | 7. 食事・栄養に関すること   |
| 2. 治療について         | 8. 歯科に関すること      |
| 3. 家庭での看護について     | 9. 保護者自身のことについて  |
| 4. 福祉や他の助成制度について  | 10. きょうだいのことについて |
| 5. 入園・就学・就労について   | 11. その他 ( )      |
| 6. 園生活・学校生活などについて | 12. 相談したいことはない   |

上記について具体的にご記入ください。

※日中つながりやすい連絡先： \_\_\_\_\_  
⇒ 【父・母・本人・その他 ( )】

つながりやすい時間をお聞かせください。（平日の8時30分から17時の間）

1. いつでも可      2. ( ) 曜日の ( ) 時ごろ      3. その他 ( )

※自立支援事業の一環として、電話等でお話を伺うことがありますので、ご協力をお願いします。

自立支援員とお話ししたいことはありますか。      1. はい      2. いいえ

(人工呼吸器などの装着, 重症認定に関する疾患を持つかたはご状況を確認させていただいております)

ご記入ありがとうございました。



★ご相談は随時お受けしていますので、お気軽にご相談ください。

【相談先】 柏市 小児慢性特定疾病児童等自立支援員

電話：04-7167-1257

