

小児慢性特定疾病支援事業 更新時調査票



▲調査票二次元コード

この調査票は、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。

なお、いただいた回答やご意見が、個人を特定可能な状態で公表されることはありません。

以下の案内に従って回答していただき、

当様式を更新申請書類と合わせて提出してください。

(1) 調査票の回答について

1. 上記二次元コードを読み取り、回答してください。
2. 回答後に表示される受付番号を記載してください。

※受付番号はご記載のメールアドレス宛にも送信されます。

記載例) RL00000121



▲表示画面イメージ

(2) 保健師による聞き取り（架電）時の連絡先について

申請内容に応じて、架電させていただく場合がございます。

更新時面談のご希望がないかたも、連絡先・つながりやすい時間をお聞かせください。

1. 連絡先

(— —) 父・母・本人・その他 ()

2. つながりやすい時間帯

平日ならいつでも可

その他（希望の曜日・時間帯： _____）

※平日午前8時30分～午後5時15分の間でご提示ください。

(3) 市の保健師への相談（更新時面談）希望について

調査票に回答いただいた内容や、日常の心配事について保健師への相談（更新時面談）の場を希望されるか否か、ご希望をお聞かせください。

希望しない

希望する →更新時面談で相談したい内容を以下に記載してください。

ご協力ありがとうございました。