◇特定医療費（指定難病）支給認定申請時おたずね票 ◇

これは、皆様の現在の状況を把握し、今後の難病支援や災害時の救護活動対策に役立てるために、大津市保健所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。

収集する個人情報はこの目的以外には使用しません。

2026.4

No.

※記入または数字等に〇をつけてください。

郵便番号 住　所	〒	記載日	年　月　日
ふりがな お名前		受給者番号	
		生年 月日	ＴＳ ＨＲ　　歳
疾病名	疾病番号	電話 番号	

世帯構成 （複数可）	※ 在宅で一緒に暮らしている方を教えて下さい。（**同敷地内を含む**。）	
	1. 独り　2. 配偶者　3. 親　4. 子ども（成年・未成年）5. その他（　　）	
就労等の状況	1. あり（就労）　2. あり（就学）　3. なし	
現在の主な生活・医療状況	**在宅**	1. 通院中　（医療機関名：　　） 2. 往診を受けている（診療所名：　　）
	病院・施設	3. 病院に入院中　（病院名：　　） 入院期間：　年　月～　年　月 入院目的：治療 ・ レスパイト ・ 長期入院 4. 施設に入所中　（施設名 ：　　）
介護保険の認定	1. 受けている 2. 受けていない 3. 対象外（40歳未満）	要介護度（要支援 1 ・ 2　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 介護支援専門員（事業所名：　　） （担当者名：　　）
	4. その他（認定審査中など：　　）	
サービス利用（介護・医療・障害等）	1. 利用している 2. 利用してない	a. 訪問看護　d. 短期入所（ショートステイ） b. ホームヘルプサービス　e. 訪問リハビリ c. デイサービス・デイケア　f. その他 （　　）
身体障害者手帳	1. 持っている → （　　）級　2. 持っていない　3. 申請中 今回申請される指定難病の病名が記載されていますか（はい・いいえ）	
講演会などの案内	※ 指定難病に関する講演会や相談会、患者・家族同士の交流会の案内送付について 1. 希望する　2. 希望しない	
保健師等との相談希望	※ 相談希望の場合、申請時対応または後日お電話にて対応させていただく場合があります。 1. 希望する　2. 希望しない ↓ 相談したい内容を記載ください （　　）	

裏面もご記入ください。

医療機器等の使用状況 （ 有 ・ 無 ） ↑該当する方に〇をしてください	**1. 人工呼吸器**（終日 ・ 夜間のみ） **2. 酸素濃縮器** （ ℓ/分） **3. たん吸引器** 4. 人工透析 5. 気管切開 6. 膀胱カテーテル 7. 自己導尿 8. 経管栄養（経鼻・胃ろう） 9. 人工肛門 10. 心臓ペースメーカー
生活の状況	1. 介助は不要で、生活は自立している。 2. 介助が必要だが、日中はほぼ起きて活動できる。 **3. 介助が必要だが、座ることができ、日中はほぼベッド上で過ごす。** **4. 介助を必要とし、1日中ベッド上で過ごす。**

上記「医療機器等の使用状況」の質問で、
1. 人工呼吸器 2. 酸素濃縮器 3. たん吸引器 を使用されている方
もしくは「生活の状況」の質問で、
3. 介助を要するが、座ることが出来て、日中はほぼベッド上で過ごす。
4. 介助を必要とし、1日中ベッド上で過ごす。
上記の方は、大津市の「**災害時避難行動要支援者**」に該当します。
下記をお読みいただき、ご記入ください。

該当しない方は、下記は記入せず、
別紙アンケートの記入にお進みください。

＜災害時避難行動要支援者名簿の作成について＞

災害対策基本法では、市町において避難行動要支援者名簿の作成が義務付けられています。

これにより、大津市はご家族やご本人の同意の有無に関わらず名簿を作成し、災害発生時等に名簿情報を避難支援等関係者その他の者に提供します。これは、災害時の要支援者への対応をより充実することを目的としておりますので、該当する方についてはおたずね票の内容を利用させていただくことをご承知ください。

また、避難行動要支援者本人からの同意を得て、平常時から消防機関や民生委員等の避難支援等関係者に情報提供することが定められています。

表面・裏面の太枠内の情報について、平時から民生委員や消防機関等に提供することに同意しますか。

（ 同意する ・ 同意しない ）

※同意されない場合は、大津市保健所・大津市役所でのみ災害時避難行動要支援者として把握、管理いたします。

災害発生時の緊急連絡先 （**同居以外**の家族、親戚 または近隣支援者等）	名前： （続柄： ） 住所： 電話番号：
加入自治会名	□（ ）自治会 ・ □ 自治会未加入

【保健所記入欄】 来所者（ 本人 ・ 家族 ・ ） 対応者（ ）

相談継続（要・不要） 単票（作成・不要） 〇災害ノート（ 未配布 ・ 今年度配布 ・ 配布済 ）

1 申請の相談 2 医療 3 家庭看護 4 福祉制度 5 就労・就学 6 食事・栄養 7 歯科 8 リハビリ

9 疾患・症状 10 災害 11 情報共有 12 その他（ ）

◆アンケート◆

No.

回答欄の当てはまる番号に(丸)印をして下さい。

	質問項目	回答欄
災害への備えに関する項目	①お住まいの学区の防災ハザードマップを知っていますか？	1．知っている　2．知らない
	②近所の避難場所を知っていますか？	1．知っている　2．知らない
	③水や食料品、医薬品など、災害に備えて用意をしていますか？	1.している　2．していない
	④ここ１年間の間に、家族や身近な人と災害発生時の避難について話し合いましたか？	1.している　2．していない
	⑤服薬している薬をメモしている、もしくはお薬手帳を持っていますか？	1．持っている　2．持っていない
	⑥避難する方法を具体的に考えていますか？	1．考えている　2．考えていない
本人様へ	⑦患者様ご本人におたずねします。現在の生活の満足度を教えてください。	満足　どちらでもない　不満足 1　2　3　4　5
	＊上記⑦の理由をお聞かせください。	（　　）
ご家族様へ	⑧本人以外のご家族様等へおたずねします。（介護が必要な場合、）必要な情報や支援は得られていますか。	得ている　どちらでもない　得ていない 1.　2.　3.　4.　5. 6．介護は必要ない
	＊上記⑧について、どのような情報提供を希望されますか？	（　　）

★おたずね票・アンケートへのご記入にご協力頂き、ありがとうございました。