

◇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。

2025.4

No.

※記入または数字等に○をつけてください。

郵便番号	〒		記載日	年 月 日	
住 所			受給者番号		
ふりがな			生年 月 日	T S H R	歳
お名前			電話 番号		
疾病名		疾病番号			
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 { 要介護度(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 2. 受けていない { 介護支援専門員(事業所名:) 3. 対象外(40歳未満) (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 { 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 2. 利用していない ()				
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 ↓ <u>相談したい内容を記載ください</u> ()				

裏面もご記入ください。

◆アンケート◆

No.

回答欄の当てはまる番号に○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
	②近所の福祉避難所を知っていますか？	1. 知っている 2. 知らない
	③避難袋など、避難できる用意をしていますか？	1. している 2. していない
	④ここ1年の間に、家族や身近な人と災害発生時の対応を話し合ったことがありますか？	1. ある 2. 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 <u>生活の満足度</u> 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 ----- ----- ----- -----
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、) <u>必要な情報や支援は</u> 得られていますか。	得ている どちらでもない 不満足 1. 2. 3. 4. 5. ----- ----- ----- ----- 6. 介護は必要ない

★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

◎令和5年度アンケート集計から・・・

