

◇ 小児慢性特定疾病おたずね票 ◇ (新規・更新) 令和8年度

このおたずね票は、皆様の現在の状況を把握し、今後の支援や災害時の救護活動対策に役立てるために、母子保健課がお聞きするものです。なお、収集する個人情報はこの目的以外には使用しません。

お手数ですが**該当する口に✓印、数字に○印をお願いします。**

記載日: 令和 年 月 日

ふりがな お名前	男・女		病名				
生年月日	H R	年 月 日 (歳)	受給者 番号				
住所			電話 番号	自宅 - -			
				携帯 - - () つながりやすい時間帯 時~ 時			
世帯構成 (複数可)	※ 在宅で一緒に暮らしている方を教えてください(同一敷地内を含む。) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()						
就園就学等 の状況	<input type="checkbox"/> 未就園 <input type="checkbox"/> 就園 → <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 (就園先名称:) <input type="checkbox"/> 就学 → (学校名) <input type="checkbox"/> 施設入所 → (名称) <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在の 入院・通院 等の状況	<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関名: 主治医名:) (通院頻度:) <input type="checkbox"/> 訪問診療を受けている (診療所名: 主治医名:) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (医療機関名:) (入院期間: 年 月 日~ 年 月 日)、目的: <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:)(入所期間: 年 月~)						
医療機器 等の 使用状況	1. 人工呼吸器 … 終日装着 (おおよそ 24 時間装着) 2. 人工呼吸器 … 断続的に装着 (例:夜間のみ、体調不良時等) 3. 酸素療法 (<input type="checkbox"/> 終日・ <input type="checkbox"/> 断続的に使用) … (ℓ/分) ※(裏面参照) 4. たん吸引器 (頻度: 回/日) 5. 人工透析 種類 (<input type="checkbox"/> 血液・ <input type="checkbox"/> 腹膜) 6. IVH 等輸液の使用 7. 気管切開 8. 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) 9. 膀胱カテーテル 10. 自己導尿 11. 血糖測定 12. 薬剤吸入 13. 自己注射 → 種類 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 成長ホルモン) 14. その他() 15. 特になし						
生活の状況	①必要な介助の程度について教えてください。 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもと同じ程度 <input type="checkbox"/> 同年齢の子どもより介助が必要 → 以下、②の質問にお答えください。 ②-1. 主な介助者はどなたですか?(当てはまる方すべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他() ②-2. どのような場面で、介助が必要ですか?(当てはまるものすべてをお答えください。) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 →③の質問にお答えください。 ③今の状態に当てはまるものをお答えください。 1. 見守りがあれば自力で歩いて移動できる 2. 座った姿勢で車いす移動ができる 3. ベッド上等で支えがあれば、座る姿勢をとることができる …※(裏面参照) 4. 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難) …※(裏面参照) 5. 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)かつ移動には数人の介助が必要 …※(裏面参照)						
身体障害者手帳	1. 申請中	療育手帳	1. 申請中	相談支援専門員			
	2. 持っていない		2. 持っていない	1. いる → (事業所名:)			
	3. 持っている ()級		3. 持っている 判定()	2. いない			

裏面もご記入ください。

サービスの利用 (複数可)	1. 訪問看護(月・週 回) 2. 通所・訪問リハビリ 3. 短期入所・レスパイト 4. 居宅介護(月・週 回) 5. 重度訪問介護 6. 行動援護 7. 移動支援 8. 児童デイサービス(療育教室)の通所 9. 日中一時支援 10. 放課後等デイサービスの通所 11. 日常生活用具の給付および貸与 12. その他【		
困っていること心配していること ※今後の事業等を検討する際に参考にしますので、当てはまるものすべてお答えください。	1. 身近にかかりつけ医が確保できない 2. 治療や医療機関に関する情報が少ない 3. 専門医療機関とかかりつけ医との連携が難しい 4. 専門的な医療機関がない 5. 患児の日常生活、療養が大変 6. 周囲(地域等)の理解が得にくい 7. 保育所や幼稚園、学校関係者等の理解が得にくい、説明が難しい 8. 親の経済的負担が大きい 9. 親の身体的負担が大きい 10. 親の精神的負担が大きい 11. 相談先がない 12. きょうだいの育児、精神的ケアの時間が取れない 13. 仕事につけない(やめざるをえなかった) 14. 同じ立場(同じような病気)の人との交流や相談をしたいが、その機会がない 15. 病気のことを知りたいが、学ぶ機会がない 16. 親の用事や休息などのために、子どもを預かってほしいと思う時がある 17. 災害時の避難や避難先での生活等について不安がある 18. その他 (具体的な内容をお書きください。)		
講演会・交流会等の案内	1. 希望する 2. 希望しない	保健師等の相談 希望について	1. 希望する ※後日、保健師よりご連絡させていただくことがあります。 2. 希望しない
お子さんに慢性疾患があっても安心して生活できていると思いますか。 1. 出来ている 2. 大体できている 3. あまり出来ていない 4. 出来ていない 理由をお答えください。			

※ 表面(医療機器1~4、生活状況③-3~5)に、該当の方へ

＜災害時避難行動要支援者名簿の作成について＞

(医療機器1~4、生活状況③-3~5)に該当される方は、大津市の「災害時避難行動要支援者」に該当します。

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	<input type="checkbox"/> () 自治会 ・ <input type="checkbox"/> 自治会未加入

大津市記入欄	受付日： 年 月 日	受付場所： 母子保健課窓口・郵送等	事後対応： 不要・要	
	指導内容：	受付者名：		
	相談内容	ア：申請・相談 カ：食事・栄養	イ：医療・治療 キ：歯科	ウ療養・家庭看護 ク：症状・予後
	備考：	エ：福祉制度 ケ：家族会等の紹介	オ：学校生活・就学 コ：その他 ()	