

◇小児慢性特定疾病 おたずね票 ◇ (新規・更新)

R3.4 改訂

これは、皆様の現在の状況を把握し、今後の小児慢性特定疾病対策や母子保健活動、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。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。

記載日： 年 月 日

しめい 氏名	(男・女)	住所	大津市			
生年月日	年 月 日 (満 歳)					
電話番号	- -	受給者番号				
携帯番号	- -	疾患名				
一緒に暮らしている方	1. 父 2. 母 3. きょうだい 4. 祖父 5. 祖母 6. その他()					
主な育児・介護者	1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. その他()					
就園・就学・ 就労等の状況	1. なし 2. 就園・就学中(園・学校名) 3. 入所中(施設名) 4. 就労中					
現在の 入院・通院状況 (複数可)	1. 通院中 (医療機関名:) (通院頻度 : ①()回/週 ②()回/月、③()回/年) 2. 往診を受けている (医療機関名:) (往診頻度 : 月・週()回) 3. 病院に入院中 (医療機関名:) (入院期間: 年 月～ 年 月、目的: 治療・レスパイト・長期入院)					
サービス利用 (複数可)	1. 利用している { a. 身体障害者手帳の交付(級) b. 療育手帳の交付(A1・A2・B1・B2) c. 訪問看護 月・週()回 (事業所名:) d. ホームヘルプサービス 月・週()回 (事業者名:) e. 在宅療養・福祉サービスについての相談 (相談機関名:) f. 児童発達支援通所(施設名:) g. 短期入所(利用施設名:) h. 放課後等デイサービス(利用施設名:) i. 日常生活用具の給付および貸与(用具名:) j. その他() 2. 利用していない					
講演会などの 案内	※小児慢性特定疾病に関する講演会や相談会、患者・家族同士の交流会等の案内送付 1. 希望する 2. 希望しない					
困りごとについて	1. 特になし 2. 相談できている 3. 現在困っている、今後困ったことが出てくると思う 内容 ※後日、健康推進課またはすこやか相談所よりご連絡させていただくことがあります。					

治療状況・ 医療機器等の 使用状況 (複数可)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="17" style="vertical-align: middle; text-align: center;">D</td> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>1. 人工呼吸器 (終日・夜間のみ)</td> </tr> <tr> <td>2. 在宅酸素療法 (終日・夜間のみ)</td> </tr> <tr> <td>3. たん吸引器 (頻度:)</td> </tr> <tr> <td>4. 人工透析(血液透析・腹膜透析)</td> <td>11. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)</td> </tr> <tr> <td>5. 気管切開の処置</td> <td>12. 人工肛門</td> </tr> <tr> <td>6. 膀胱カテーテル</td> <td>13. 心臓ペースメーカー</td> </tr> <tr> <td>7. 自己導尿</td> <td>14. IVH等輸液の管理</td> </tr> <tr> <td>8. 薬剤吸入</td> <td>15. 血糖測定</td> </tr> <tr> <td>9. 自己注射(糖尿病・リウマチ・成長ホルモン・血友病)</td> <td>16. その他()</td> </tr> <tr> <td>10. 内服治療</td> <td>17. とくになし</td> </tr> </table>	D	{	1. 人工呼吸器 (終日・夜間のみ)	2. 在宅酸素療法 (終日・夜間のみ)	3. たん吸引器 (頻度:)	4. 人工透析(血液透析・腹膜透析)	11. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)	5. 気管切開の処置	12. 人工肛門	6. 膀胱カテーテル	13. 心臓ペースメーカー	7. 自己導尿	14. IVH等輸液の管理	8. 薬剤吸入	15. 血糖測定	9. 自己注射(糖尿病・リウマチ・成長ホルモン・血友病)	16. その他()	10. 内服治療	17. とくになし
D	{			1. 人工呼吸器 (終日・夜間のみ)																
				2. 在宅酸素療法 (終日・夜間のみ)																
			3. たん吸引器 (頻度:)																	
	4. 人工透析(血液透析・腹膜透析)		11. 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)																	
	5. 気管切開の処置		12. 人工肛門																	
	6. 膀胱カテーテル		13. 心臓ペースメーカー																	
	7. 自己導尿		14. IVH等輸液の管理																	
	8. 薬剤吸入		15. 血糖測定																	
	9. 自己注射(糖尿病・リウマチ・成長ホルモン・血友病)		16. その他()																	
	10. 内服治療		17. とくになし																	
	生活の状況		<table border="0"> <tr> <td>1. 生活は自立していて介助不要</td> <td>2. 低年齢(乳児等)により介助必要</td> </tr> <tr> <td>3. 見守りがあれば自力で歩いて移動できる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. 座った姿勢で車椅子移動ができる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. ベッド上などで支えがあれば、座る姿勢をとることができる…B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)…B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. 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…C</td> <td></td> </tr> </table>	1. 生活は自立していて介助不要	2. 低年齢(乳児等)により介助必要	3. 見守りがあれば自力で歩いて移動できる		4. 座った姿勢で車椅子移動ができる		5. ベッド上などで支えがあれば、座る姿勢をとることができる…B		6. 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)…B		7. 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…C						
	1. 生活は自立していて介助不要		2. 低年齢(乳児等)により介助必要																	
	3. 見守りがあれば自力で歩いて移動できる																			
	4. 座った姿勢で車椅子移動ができる																			
	5. ベッド上などで支えがあれば、座る姿勢をとることができる…B																			
	6. 寝た姿勢で過ごす(座る姿勢をとることが困難)…B																			
	7. 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…C																			

上記「医療機器等の使用状況」の質問で、

D (1. 人工呼吸器 2. 在宅酸素療法 3. たん吸引器)

もしくは「生活の状況」の質問で、

B・C (5. 6. 7)

に該当された方のみ下記をお読みいただき、ご記入ください。

該当されない方は、これで終了になります。

＜災害時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。要支援者に該当する方については申請いただいた内容を避難行動要支援者名簿の作成に利用させていただくことがあります。

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や、現に災害が発生、または発生のおそれが生じた場合には、本人の同意の有無に関わらず、名簿情報を避難支援等関係者その他の者に提供できることと定められています。名簿は、秘密の厳守、目的外利用の禁止などが堅持される団体として、大津市と協定を結んだ上で提供されます。各団体に一律に提供するものではありません。

① 災害発生時の緊急連絡先(保護者や親戚・近親支援者等)

名前: (続柄)

住所: 電話番号:

② 災害の発生に備えた、平常時からの見守り等のため、表面・裏面太枠内の個人情報について、大津市防災計画に定める避難支援等関係者(民生委員・消防機関・自主防災会・自治連合会等)に提供することに同意しますか。

(同意する ・ 同意しない)

③ ②で「同意する」と回答された方に自治会について伺います。

() 自治会加入 加入していない

※ ②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。

保健所記入欄	受付日: 年 月 日	受付場所: 健康推進課・()すこやか相談所・郵送等
	新規・継続 一般・重症・呼吸器等	受付者名:
	相談内容	ア. 申請・相談 イ. 医療・治療 ウ. 療養・家庭看護 エ. 福祉制度 オ. 学校生活・就学 カ. 食事・栄養 キ. 歯科 ク. 症状・予後 ケ. 家族会等の紹介 コ. その他()
	指導内容:	事後対応: 不要・要 担当者名: