

療養生活に関するおたずね

～お子さまのことについてお聞かせください～

子ども保健課では、小児慢性特定疾病のお子さまとご家族へ、自立支援員による相談支援をおこなっています。

今回、医療受給者証の申請にあたり、お子さまの医療や各種制度などの相談支援のために、以下についてお伺いします。あてはまる内容に○印または空欄にご記入ください。

記載日：令和 年 月 日
記入者：父・母・その他（ ）

ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	平成 令和 年 月 日 (歳)
申請される 疾病名			
所 属	①在宅 ②通園⇒ 保育所・幼稚園・療育園・その他() ③通学⇒ 小学校・中学校・高校・大学・支援学校(訪問籍・通学籍) ④その他()		
手 帳	身体障害者手帳 未申請・1級()・2級()・3級()・対象外・不明 療育手帳 未申請・A・B1・B2・対象外・不明		
現在の 治療 状況	受診状況	1. 通院中(頻度 回/) 2. 入院中(年 月 日から)	
	この1年以内の 治療内容の変化	1. なし [ありの場合] 2. あり []	
	1年以内の入院	1. なし 2. あり(いつ)	
ご自宅 での医療	①なし ②人工呼吸器 ③気管切開・挿管 ④吸引 ⑤酸素療法 ⑥経鼻栄養 ⑦胃ろう ⑧中心静脈栄養 ⑨腹膜透析 ⑩導尿 ⑪ストマケア ⑫自己注射 ⑬自己血糖測定 ⑭その他()		
ご利用中 のサービス など	①往診(医師・歯科医師) ②訪問看護ステーション(NS・PT・OT・ST) ③ヘルパー ④相談支援事業所 ⑤放課後デイサービス ⑥日中一時支援 ⑦訪問入浴 ⑧レスパイト入院・入所 ⑨その他()		
●お子さまの医療や生活のことなど、お困りごとや相談したいことについて			
①特になし ②当該医療受給制度について ③お子さまの発育・発達について ④お子さまの健康面について(予防接種等) ⑤歯の治療や口腔ケア ⑥食事や栄養 ⑦利用できる福祉などの制度 ⑧お子さまの進路 ⑨ご家族やご兄弟の健康面について ⑩その他		※具体的にご記入ください	

★ご記入ありがとうございました。

内容に応じて子ども保健課(648-3272)からご連絡させていただくことがあります。ご了承ください。

※職員記入欄