No：

令和７年度　アンケート（小児慢性特定疾病）

市では、お子さまとご家族の現状とニーズを把握し、より良い支援の方向性を検討するため、アンケートへのご協力をお願いしております。
次の設問の**該当する項目に○**をつけていただき、小児慢性特定疾病医療費認定申請書（届出）と一緒に、保健福祉センター健康課へご提出ください。個人情報には十分留意いたします。

１．お子さまについて教えてください。

お名前：　　年齢：　　歳　　性別：　男　・　女

疾患名：　　お住いの区：　　区

日中、主に過ごしている場所はどこですか　自宅・病院・施設・保育所・幼稚園・認定こども園・特別支援学校・学校（小学校・中学校・高校・専門学校）
その他（　　）

２．障害者手帳をお持ちですか。該当するものに○をつけてください。

（１）あり→　手帳の種類　身体障害者手帳（　１・２・３・４・５・６・７　級）
療育手帳　（　A・A1・A2・B1・B2　級）
精神障害者保健福祉手帳（　１・２・３　級）

（２）申請中（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）

（３）なし

３．療養上使用しているもの、実施しているものがありますか。該当するものに○をつけてください。

（１）人工呼吸器　（２）気管カニューレ　（３）酸素療法　（４）吸引
（５）吸入　（６）経管栄養（胃ろう・経鼻・腸ろう）　（７）中心静脈栄養
（８）ペースメーカー　（９）人工肛門　（10）膀胱内カテーテル　（11）導尿
（12）排便コントロール　（13）血糖測定　（14）自己注射（保護者による注射を含）
（15）創傷処置　（16）持続注入・注射療法
（17）車いすやバギー　（18）その他（　　）

４．身近に相談できる方や協力してくれる方はいますか。該当するものに○をつけてください。

（１）あり　①家族や親族　②医師や看護師　③保健師　④学校や園の先生
⑤友人や知人　⑥相談支援専門員　⑦　その他（　　）

（２）なし

５．現在利用しているサービスや支援は、ありますか。該当するものに○をつけてください。

（１）あり　①訪問診療　②訪問看護　③訪問介護　④訪問リハビリ
⑤放課後等デイサービス　⑥児童発達支援　⑦短期入所
⑧その他（　　）

（２）なし

（裏面へ）

7．電気を必要とする医療機器はありますか。該当するものに〇をつけてください。

（１）あり→　①予備バッテリー　②発電機　③蓄電池　④蘇生バッグ
⑤非電源式吸引器　⑥準備していない　⑦その他（　　）

（２）なし

8．日常生活で心配なことや困りごとがありますか。

（１）あり→該当するものにすべて〇をつけてください。

①成長や発達
②園や学校生活
③きょうだいについて
④お子さまの就労
⑤福祉制度について
⑥保護者自身について
⑦災害時の対応
⑧その他

どのようなことですか。

（２）なし

小児慢性特定疾病児童等自立支援員が、お子さまやご家族からのご相談をお受けしています。
ご相談がありましたら下記にご記入ください。

相談内容

（１）電話での連絡希望 →

電話番号（　　）
相談者氏名：　　続柄（　　）
ご都合のよい時間帯：（　午前　・　午後　）

（２）メールでの連絡希望 →

メールアドレス
相談者氏名：　　続柄（　　）

（３）連絡を希望しない

お気軽にご連絡ください。
小児慢性特定疾病児童等自立支援員の相談（電話またはメール）
☆電話　０４３（２３８）９９６８（千葉市健康支援課難病対策班）
（月～金曜日　午前９：００～午後３：００（祝日・年末年始除く））
☆メール　shien.shouman@city.chiba.lg.jp（相談専用アドレス）

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました

千葉市のホームページをご覧ください