様式第2号 【更新用】

**No.６**

療養生活についてのおたずね

　この用紙は、千葉市難病相談事業の一環で、今後の療養生活支援に活用させていただくため、特定医療費(指定難病)支給認定申請をされる方の療養状況をおたずねするものです。ご提供いただいた個人情報については、難病相談事業以外の目的では利用いたしません。ご協力お願いいたします。

記載日：　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　記入者：本人・その他（　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | | | 生年月日  （年齢） | 年　　　月　　　日( 歳) |
| 疾病名 |  | | | | | | 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 治療状況 | 通院　訪問診療　入院中(退院予定　有（　　）月頃　・　無)　施設入所　その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療機器の使用 | 有  無 | | 使用機器 | 人工呼吸器　　在宅酸素　　胃瘻　　経鼻経管栄養  吸引器　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害者手帳 | | 有 [　　 級] ・ 無 | | | 障害種別 | 身体障害（肢体不自由　視覚障害　聴覚障害　言語障害　内部障害）  知的障害　　精神障害 | | |
| 障害支援区分 | | 有 [区分　 ] ・ 無 | | |
| 介護保険 | 制度対象外　未申請  申請済【非該当（自立）　要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５】 | | | | | | | |
| 障害福祉サービス  又は  介護保険サービス | 計画相談支援実施事業書等または居宅介護支援事業者（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 訪問看護(ステーション名　　　　　　　　　　　　　　　　)　　訪問リハビリ　　訪問介護　　　訪問入浴　　デイサービス　　ショートステイ　　　福祉用具　　住宅改修  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 生活状況 | 就労　　就学　　家事　　在宅療養(一人で外出可)　　在宅療養(介助にて外出)　　　　　　　寝たり起きたり(ほとんど外出しない)　　ほとんど寝たきり | | | | | | | |
| 移動状況 | 自立　　杖・手すり歩行　　介助により歩行　　車いす　　寝たきり　　その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| 家族状況 | 独居　　　日中独居　　　夫婦世帯　　　家族と同居 | | | | | | | |
| 災害対策 | 予備の薬の用意　医療機関の連絡先を確認　避難先の確認　その他(　　　　　　)　特にしていない | | | | | | | |

1. この１年間、病状などで変わったことがありましたか

　　　□ある　　　　　□ない

↓

それはどのようなことですか。

２．病気や療養生活のことで、困っていることや相談したいことがありますか。

　　　□ある（□どこにも相談したことがない　□すでに他で相談している）　　□ない

　　　　↓

　　それはどのようなことですか。

お住まいの区の健康課職員への相談　□希望する　□希望しない

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 千葉市記入欄 | 要　　・　否 | 面接者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　ご記入ありがとうございました。内容によって保健福祉センター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。