

<療養状況票> 記入日 年 月 日

この調査票は、小児慢性特定疾病児童等の療養支援や災害対策の参考とするために使用します。なお、この情報は佐賀県個人情報保護方針に基づき適切な管理を行い、目的以外に使用することはありません。該当する□に✓をご記入ください。

受給者氏名			居住市町			☐ 市 ☐ 町				
受給者番号			連絡先 (日中につながる番号)			続柄				
疾病名										
服薬	☐ あり ☐ なし	食事制限	☐ あり ☐ なし	運動制限	☐ あり ☐ なし					
身体障害者手帳	☐ あり (種 級)	☐ なし	療育手帳	☐ あり (☐ A ☐ B)	☐ なし					
所属等	☐ 在宅 ☐ 保育所・幼稚園・認定こども園 ☐ 学校(☐ 小 ☐ 中 ☐ 高 ☐ 大 ☐ 専門 年) ☐ 特別支援学校 (☐ 園 ☐ 小 ☐ 中 ☐ 高 年) ☐ 就労中 ☐ その他()									
療養状況	☐ 入院中 ☐ 通院治療中(☐ 月 ☐ 年 回) ☐ 経過観察中(☐ 月 ☐ 年 回)									
使用している医療機器等	☐ 特になし ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ ネーザルハイフロー ☐ 在宅酸素 ☐ 吸引器 ☐ パルスオキシメーター ☐ 在宅腹膜透析 ☐ 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) ☐ 自己導尿 ☐ 吸入器 ☐ 血糖測定器 ☐ インスリン注射器 ☐ ホルモン注射 ☐ その他()									
利用しているサービスについて教えてください。										
☐ 訪問診療(利用機関:) ☐ 日中一時(利用機関:) ☐ 訪問看護(利用機関:) ☐ 訪問入浴(利用機関:) ☐ 訪問リハビリ(利用機関:) ☐ レスパイト入院・入所(利用機関:) ☐ 特になし) ☐ その他(利用機関:)										
日常生活において困っていることはありますか。										
☐ 病気に関すること ☐ 成長発達に関すること ☐ 療育やリハビリに関すること ☐ 子育てに関すること ☐ きょうだい児に関すること ☐ 特になし ☐ その他()										
通園や通学でお困りのことはありますか。(通園・通学中の方のみお答えください)										
☐ 通園や通学の方法 ☐ 園や学校の生活 ☐ 園や学校との情報交換 ☐ 学習の遅れ ☐ 進路 ☐ 友人関係 ☐ 特になし ☐ その他()										
災害時に備え、準備していますか。(複数回答可)										
☐ 避難先を決めている(避難先:) ☐ 医療用として非常用電源(蓄電池・内部バッテリー等)を購入している→ ☐ 天候不良日前にも、非常用電源の準備をしている ☐ 災害時に定期薬が不足する場合の対応を決めている(定期薬が不足しないよう、準備している) ☐ 持ち出し品をあらかじめ準備している ☐ 現時点で準備はしていない・これから準備していく										
保健福祉事務所開催の「講演会」や「患児と保護者の交流会」等の開催案内を希望されますか？										
☐ 希望する(連絡先:) ☐ 希望しない 希望する内容() ※案内通知を希望されても、参加の可否は自由です。										
保健福祉事務所の保健師による相談(電話・訪問)を希望されますか。										
☐ 希望する(連絡先:) ☐ 希望しない										
【中学生以上の方のみお答えください】 今後の病院受診等について教えてください。										
1 現在、本疾患の治療のために、主に受診している診療先(診療科)はどこですか。										
☐ 小児科 ☐ 小児専用の専門科(例:小児腫瘍外科、小児泌尿器科など)				☐ 成人も利用する専門科(循環器内科、脳神経外科など) ☐ その他()						
↓ いずれかに✓された方										
2 20歳以降の診療先について、どのようにお考えですか。										
☐ 成人も利用する専門科(循環器内科、脳神経外科など)に変更予定 ☐ 成人も利用する専門科(循環器内科、脳神経外科など)に変更を考えているが、まだ決めていない ☐ 小児科での受診を継続したい ☐ どのようにしたらいいのかわからない										
その他、ご意見・ご質問等ご自由にお書きください。										
次回受診日		申請関係	レスパイト	医療・治療	家庭看護	福祉制度	就園・就学	食事・栄養	歯科	その他
月 日										
(申請来所者: 対応者:)										