

## 小児慢性特定疾病のお子さんの療養アンケート(更新申請の方)

まるっとこどもセンターでは、お住いの地区の母子保健担当の保健師が療養についてのご相談をお受けしています。このアンケートはみなさまの療養状況を伺い、支援に役立てるとともに、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業等の施策検討に活用します。そのため、アンケートおよび申請書類は、まるっとこどもセンターで内容を確認し、必要時、保健師から電話や訪問をさせていただく場合があります。  **同意する**

記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> その他( )	記入日	R 年 月 日
お子さんのお名前 性別	ふりがな  男・女	生年月日	H・R 年 月 日( 歳 か月)
住所 電話	〒 - 枚方市 (Tel - - )		
所属	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 保育所(名称 ) <input type="checkbox"/> 幼稚園(名称 ) <input type="checkbox"/> 市立ひらかた子ども発達支援センター (□なのはな □すぎの木) <input type="checkbox"/> 枚方支援学校( 部 年) <input type="checkbox"/> 交野支援学校( 部 年) <input type="checkbox"/> 小学校( 年) <input type="checkbox"/> 中学校( 年) <input type="checkbox"/> 高等学校( 年) <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他( )		
受療状況	医療機関名  診断名  <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中(頻度: ) <input type="checkbox"/> その他( )	1年間の 変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状、治療、入院等) 具体的にご記入ください
在宅での医療内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開・挿管 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> その他( )		
生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩(装具 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> その他( )	コミュニケーション <input type="checkbox"/> 会話(□単語 □多語文) <input type="checkbox"/> 視線 <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> その他( )
	栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 母乳・ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> 栄養補助剤 <input type="checkbox"/> その他( )	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 視力障害(メガネ□あり □なし)
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> おむつ	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 難聴( dB)
医療・福祉サービス	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(□A □B1 □B2) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当( 級) <input type="checkbox"/> 障害児童福祉手当 <input type="checkbox"/> 大阪府重度障がい者在宅生活応援制度 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他( )		
現在、お困りのことはありますか。(複数回答可) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 医療や入院生活 <input type="checkbox"/> 本人へのかかわり方 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 運動(生活制限) <input type="checkbox"/> 歯について <input type="checkbox"/> 集団生活(保育所・幼稚園・学校等) <input type="checkbox"/> 経済的負担 <input type="checkbox"/> その他 具体的にご記入ください			
母子保健担当保健師への相談希望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		ご協力ありがとうございました。	