

小児慢性特定疾病のお子さんの療養アンケート(新規申請の方)

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	☐ 本人 ☐ 家族() ☐ 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	☐ 在宅 ☐ 保育所(名称) ☐ 幼稚園(名称) ☐ 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) ☐ 枚方支援学校(部 年) ☐ 交野支援学校(部 年) ☐ 小学校(年) ☐ 中学校(年) ☐ 高等学校(年) ☐ 大学 ☐ 就労 ☐ その他()				
受療状況	医療機関名 { 診断名 { ☐ 入院中 ☐ 通院中(頻度:) ☐ その他()	服薬	☐ なし ☐ あり 薬名 {		
在宅での医療内容	☐ なし ☐ あり ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開・挿管 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 腹膜透析 ☐ ストマケア ☐ 自己導尿 ☐ その他()				
生活状況	移動 ☐ 独歩(装具 ☐ あり ☐ なし) ☐ 車椅子 ☐ バギー ☐ その他()	コミュニケーション ☐ 会話(☐ 単語 ☐ 多語文) ☐ 視線 ☐ ジェスチャー ☐ 手話 ☐ 絵カード ☐ その他()	栄養 ☐ 普通食 ☐ 母乳・ミルク ☐ 離乳食 ☐ 流動食 ☐ 刻み食 ☐ ペースト状 ☐ 栄養補助剤 ☐ その他()	入浴 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 視力 ☐ 問題なし ☐ 視力障害(メガネ ☐ あり ☐ なし)	排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ おむつ 聴力 ☐ 問題なし ☐ 難聴(dB)
医療・福祉サービス	☐ 身体障害者手帳(級) ☐ 療育手帳(☐ A ☐ B1 ☐ B2) ☐ 特別児童扶養手当(級) ☐ 障害児童福祉手当 ☐ 大阪府重度障がい者在宅生活応援制度 ☐ 訪問看護 ☐ ホームヘルプ ☐ ショートステイ ☐ デイサービス ☐ その他()				
現在、お困りのことはありますか。(複数回答可) ☐ なし ☐ あり ☐ 医療や入院生活 ☐ 本人へのかかわり方 ☐ 食事・栄養 ☐ 運動(生活制限) ☐ 歯について ☐ 集団生活(保育所・幼稚園・学校等) ☐ 経済的負担 ☐ 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 ☐ なし ☐ あり			ご協力ありがとうございました。		