

小児慢性特定疾病のお子さまとご家族へのアンケート(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お子さまの相談支援を行っています。
このアンケートは状況をお伺いし、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"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	記入日	R 年 月 日
お子さま (あなた) のお名前 性別	ふりがな	生年 月日	<input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日 (歳 か月)
	氏名		
住所 電話	〒 - 枚方市 (Tel - -) (建物名・部屋番号)		
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 (<input type="checkbox"/> なのはな <input type="checkbox"/> 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 {	1年間 の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬名
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中(頻度:) <input type="checkbox"/> その他()		
医療的ケア	<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(<input type="checkbox"/> 単語 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> 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()		
ご家族の不安や悩みについて	あてはまることをお答えください。【複数回答可】 <input type="checkbox"/> 子どもの成長・発育への不安 <input type="checkbox"/> 自分の時間が持てない <input type="checkbox"/> 子どもの病気の悪化への不安 <input type="checkbox"/> 自分の就労や働き方の悩み <input type="checkbox"/> 他の家族への影響 <input type="checkbox"/> 近所の人(地域)からの理解 <input type="checkbox"/> 経済的な不安 <input type="checkbox"/> 自分の不安や悩みを吐き出せない <input type="checkbox"/> 家以外の子どもの居場所の確保 <input type="checkbox"/> 相談する相手がいない <input type="checkbox"/> 子どもの、同世代の仲間との交流機会 <input type="checkbox"/> その他()		

⇒裏面もご記入ください。

お子さま(あなた)のお名前	ふりがな
	氏名

お子さまの成長や自立のために現時点で必要なことについて、あなたにとっての重要度をお答えください。

横に回答してください→		重要	やや重要	あまり重要でない	重要でない
子どもに関すること	① 自宅や病院での遊び/学びの機会	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 疾病のある子ども同士の関り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③ 同世代の様々な人との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④ 子どもの状態に応じた学習支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤ 子どもの状態に応じた就労支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族に関すること	⑥ 疾病のある子どもの保護者同士の交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ 保護者へのカウンセリング(悩み相談)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑧ レスパイト(保護者支援のための一時預かり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑨ 疾病のある子どものきょうだいへの支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	⑩ 自治体が発信する情報のわかりやすさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑪ 疾病のある子どもに対する理解の促進	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自立支援員(保健師)への相談希望 なし あり()

以下の設問は、お子さまご本人による回答をお願いしたい質問です。対象となるお子さまは中学生以上です。お子さまのアンケート回答に同意いただけますか。 同意する

問1、あなたが困ったときに相談できる人はいますか。【☑はいくつでも】

<input type="checkbox"/> 家族(☐父 ☐母 ☐きょうだい ☐祖父母) <input type="checkbox"/> 病院の医師や看護師 <input type="checkbox"/> 学校の先生 <input type="checkbox"/> クラスメイト <input type="checkbox"/> 仲の良い友人	<input type="checkbox"/> オンライン上(SNS など)の友人 <input type="checkbox"/> 同じ病気のひと <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 誰もいない
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

問2、いままでに、ふだんの生活や学校での生活を、あなたの思い通りにできなかったことがありますか。

あった どちらかといえばあった どちらかといえばなかった なかった わからない

問3、問2で「あった」「どちらかといえばあった」と答えた人にお聞きします。

そう思う理由を教えてください。

【☑はいくつでも】

<input type="checkbox"/> ひとつづきあいが苦手だから <input type="checkbox"/> 勉強が苦手だから <input type="checkbox"/> 自分の性格の問題 <input type="checkbox"/> まわりの人の性格の問題 <input type="checkbox"/> 周りの環境が自分に合ってなかった <input type="checkbox"/> 楽しいことがみつけられなかった	<input type="checkbox"/> 自分を理解してくれる人が少なかった <input type="checkbox"/> 自分が病気だったから <input type="checkbox"/> なやみを相談できなかった <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 理由はない <input type="checkbox"/> わからない/答えられない
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------