

療養生活に関するおたずね

子ども保健課では、小児慢性特定疾病のお子さまとご家族への相談支援をおこなっています。皆様の状況を把握し、今後の支援に活用するために以下の内容についてご記入にご協力をお願いいたします。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 受診者氏名	(男・女)	生年 月日	平成 令和 年 月 日(歳)
所属	☐ なし ☐ 保育所 ☐ 認定こども園 ☐ 幼稚園 ☐ 療育園(☐ 高槻市立療育園/ ☐ 藍野療育園) ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 高等学校 ☐ 専門学校 ☐ 短期大学 ☐ 大学 ☐ 支援学校(☐ 通学籍/ ☐ 訪問籍) ☐ 就労 ☐ その他()		
受診状況	☐ 通院中(病院名:) 頻度(回/) ☐ 入院中(病院名:) 期間(令和 年 月 日から)  ☐ 治療 ☐ 検査 ☐ レスパイト		

●ご自宅での医療について

内服	☐ なし ☐ あり
医療的ケア	☐ なし ☐ 人工呼吸器: ☐ 終日 ☐ 夜間のみ ☐ その他() ☐ 気管切開・挿管 ☐ 吸引: 頻度(回/ 時間) ☐ 酸素療法: ☐ 終日 ☐ 夜間のみ ☐ その他() ☐ 経鼻栄養 ☐ 胃ろう ☐ 中心静脈栄養 ☐ 腹膜透析 ☐ 導尿 ☐ ストマケア ☐ 自己注射(☐ 糖尿病治療薬 ☐ 成長ホルモン剤 ☐ その他()) ☐ 自己血糖測定 ☐ その他()

●手帳について

身体障がい者手帳	☐ なし ☐ あり()級 障がい種別() ☐ 申請中
療育手帳	☐ なし ☐ あり(☐ A ☐ B1 ☐ B2) ☐ 申請中
精神障がい者保健福祉手帳	☐ なし ☐ あり(☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級) ☐ 申請中

裏面もご記入お願いします

☐ 利用中(利用中の事業と事業所・頻度を教えてください)

事業名	事業所名	頻度
☐ 訪問診療(☐ 医師 ☐ 歯科医師)	・	()/週・月・年
☐ 訪問看護	・	()/週・月・年
☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士	・	
☐ 相談支援事業所	・	()/週・月・年
☐ 児童発達支援事業所	・	()/週・月・年
☐ 放課後デイサービス	・	
☐ 居宅介護(ヘルパー)	・ ・	()/週・月・年
☐ 生活介護(通所)	・	()/週・月・年
☐ 短期入所	・	()/週・月・年
☐ 日中一時支援	・	()/週・月・年
☐ レスパイト入院	・	()/週・月・年
☐ その他 ()	・	()/週・月・年

☐ 特になし ☐ 当該医療受給制度について ☐ お子さまの発育・発達について
☐ お子さまの健康面について(予防接種等) ☐ 歯の治療や口腔ケア
☐ 食事や栄養 ☐ 利用できる福祉などの制度 ☐ お子さまの進路(就園/就学/就労)
☐ きょうだいのこと ☐ ご家族の健康面について ☐ その他

※選択された困りごとや相談ごとについてご記入ください

※ありの場合は下記項目にチェックをお願いします

☐ 内服薬	☐ 小児慢性特定疾病医療受給者証・子ども医療証の写し	☐ 安否連絡先
☐ 避難所情報	☐ 医療的ケアに必要な電源	☐ 医療的ケアに必要な機器・物品等

--

内容に応じて子ども保健課(072-648-3272)からご連絡をさせていただきたいと
思います。よろしくお願いいたします。