

令和6年度 アンケートご協力をお願い

市では、小児慢性特定疾病医療支援事業の一環として、また、患者さんと家族への支援のあり方を検討するため、例年アンケートへのご協力をお願いしております。
次の設問の該当する項目に○をつけていただき、小児慢性特定疾病医療費認定申請（届出）書と一緒に、保健福祉センター健康課へご提出ください。個人情報には十分留意いたします。

1. お子さんについて教えてください。

お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女

疾患名： _____ お住いの区： _____ 区

主な療養場所： 自宅 ・ 病院 ・ 施設 ・ その他（ _____ ）

2. 療養上使用しているもの、実施しているものがありますか。（複数回答）

- (1) 人工呼吸器 (2) 気管カニューレ管理 (3) 気管切開部処置 (4) 在宅酸素療法
(5) 吸引 (6) 吸入 (7) 経管栄養管理（胃ろう・経鼻・腸ろう） (8) 中心静脈栄養
(9) 人工肛門管理 (10) 膀胱内カテーテル管理 (11) 自己導尿（保護者による導尿を含む）
(12) 排便コントロール (13) 血糖測定 自己注射（保護者による注射を含む）
(14) 創傷処置 (15) その他（ _____ ）

3. 災害に備え、日頃から用意しているものがありますか。（複数回答）

- (1) 避難先の確認 (2) 医薬品 (3) 飲料や水 (4) 医療機関の連絡先
(5) 家族の連絡先 (6) 患児メモ (7) その他（ _____ ）

4. 障害者手帳の有無について、1～2のいずれかに○をつけてください。また、「あり」と回答された場合は、手帳の種類と等級について当てはまるものに○をしてください。

- (1) なし
(2) あり 手帳の種類（身体障害者手帳 → 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 級）
（療育手帳 → A ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 級）
（精神障害者手帳 → 1 ・ 2 ・ 3 級）

5. 日常生活で困っている事や相談したい事がありますか。

- (1) 今相談したいことがある (2) 今ではないが今後について不安がある (3) ない



どのようなことですか。

6. 千葉市では、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」が、慢性疾患をお持ちのお子さんご家族からのご相談をお受けしています。記入してくださったご相談について、自立支援員からの連絡（お電話またはメール）を希望しますか？

(1) 電話での連絡希望

電話番号（ _____ ）

相談者氏名：続柄（ _____ ）

ご都合のよい時間帯：午前中・午後・その他（ _____ 時頃）

(2) メールでの連絡希望

メールアドレス（ _____ ）

相談者氏名：続柄（ _____ ）

(3) 連絡を希望しない

7. 小児慢性特定疾病を持つ家族の交流会があったら参加したいと思いますか。

(1) 参加を希望する

(2) 参加は希望しない

8. 小児慢性特定疾病に関する講演会があったら参加したいと思いますか。

(1) 参加を希望する

(2) 参加は希望しない



どんな内容の講演会がいいですか。

(1) 疾患についての講演会

(2) 兄弟支援についての講演会

(3) 教育についての講演会

(4) 病気や治療についての講演会

(5) 就労についての講演会

(6) その他（ _____ ）

千葉市健康支援課難病対策班 電話番号：043（238）9968

千葉市記入欄

連絡者

小児慢性特定疾病児童等自立支援員が、お子さんやご家族からのご相談をお受けしています。

小児慢性特定疾病をお持ちのお子さんは病気も症状もさまざま。

相談したいことや悩み事も一人一人違い、また、年齢や立場で悩みも変わってきます。

すぐに解決しなくても、誰かに話すことで少し安心できたり、気持ちが楽になったりすることもあるかもしれません。お気軽にご相談ください。

小児慢性特定疾病児童等自立支援員の相談（電話またはメール）

☆電話 043（238）9968（千葉市健康支援課難病対策班）

（月～金曜日 午前9：00～午後3：00（祝日・年末年始除く））

☆メール shien.shouman@city.chiba.lg.jp（相談専用アドレス）



千葉市ホームページも

ご覧ください。

