

令和8年度 アンケート（小児慢性特定疾病）

お子さまとご家族の現状とニーズ把握のため、アンケートのご協力をお願いいたします。
ご意見は支援サービスの検討に活用させていただきます。個人情報には十分留意いたします。

1. お子さまについて

ふりがな

お名前： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女



疾患名： _____ お住いの区： _____ 区

2. 日常生活で心配なことや困りごとがありますか。○をつけてください。

(1) あり→該当するものにすべて○をつけてください。

- ①成長や発達 どのようなことですか。
- ②園や学校生活
- ③きょうだいについて
- ④お子さまの就労
- ⑤福祉制度について
- ⑥保護者自身について
- ⑦災害時の対応
- ⑧その他

Large empty bracketed area for handwritten notes.

(2) なし

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

(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 ・ 午後 ）

相談内容

Large empty bracketed area for handwritten consultation content.

(2) 連絡を希望しない

3. 講演会があれば、参加したいと思いませんか。

(1) 希望する → どのような内容を希望されますか。○をつけてください。

- ①疾病について (_____)
- ②きょうだいについて (_____)
- ③就学・就労 (_____)
- ④福祉制度やサービス (_____)
- ⑤その他 (_____)

(2) 希望しない

お子さまについて教えてください。

4. お子さまが主に過ごしている場所はどこですか（重複回答可）

自宅・病院・施設・保育所・幼稚園・認定こども園・児童発達支援・事業所
特別支援学校（小学部・中学部・高校部 通学/訪問 ）
学校（小学校・中学校・高校・専門学校・大学）・その他（ ）

5. 障害者手帳をお持ちですか。該当するものに○をつけてください。

(1) 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 ）
精神障害者保健福祉手帳（ 1・2・3 級 ）

(2) なし

6. 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。該当するものに○をつけてください。

(1) 人工呼吸器 (2) 気管カニューレ (3) 酸素療法 (4) 吸引
(5) 吸入 (6) 経管栄養（胃ろう・経鼻・腸ろう） (7) 中心静脈栄養
(8) ペースメーカー (9) 人工肛門 (10) 膀胱内カテーテル (11) 導尿
(12) 排便コントロール (13) 血糖測定 (14) 自己注射（保護者による注射を含む）
(15) 創傷処置 (16) 持続注入・注射療法 (17) 車いすやバギー (18) その他（ ）

7. 現在利用しているサービスや支援は、ありますか。該当するものに○をつけてください。

(1) あり → ①訪問診療 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ
⑤放課後等デイサービス ⑥児童発達支援 ⑦通所リハビリ
⑧短期入所 ⑨事業所・作業所 ⑩その他（ ）

(2) なし

8. 電気を必要とする医療機器はありますか。該当するものに○をつけてください。

(1) あり → 停電に備え、日ごろから準備しているものに○をつけてください。
①予備バッテリー ②発電機 ③蓄電池 ④蘇生バッグ
⑤非電源式吸引器 ⑥準備していない ⑦その他（ ）

(2) なし

9. 身近に相談できる方や協力してくれる方はいますか。該当するものに○をつけてください。

(1) あり → ①家族や親族 ②医師や看護師 ③保健師 ④学校や園の先生
⑤友人や知人 ⑥相談支援専門員 ⑦その他（ ）

(2) なし

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）

アンケートにご協力
いただき、ありがとう
ございました。

千葉市のホームページ
をご覧ください

