

療養生活についてのおたずね

この用紙は、千葉市難病相談事業の一環で、今後の療養生活支援に活用させていただくため、特定医療費(指定難病)支給認定申請をされる方の療養状況をおたずねするものです。ご提供いただいた個人情報については、難病相談事業以外の目的では利用いたしません。ご協力お願いいたします。

記載日: 年 月 日 記入者: 本人・その他( )

氏名				生年月日 (年齢)	年 月 日( 歳)			
疾病名				電話番号				
				メールアドレス				
治療状況	通院 訪問診療 入院中(退院予定 有( )月頃 ・ 無) 施設入所 その他( )							
医療機器の使用	有	使用機器	人工呼吸器 在宅酸素 胃瘻 経鼻経管栄養					その他( )
	無		吸引器					
障害者手帳	有 [ 級]	無	障害種別	肢体不自由 視覚障害 聴覚障害 言語障害 内部障害				
障害支援区分	有 [ 級]	無		知的障害 精神障害				
介護保険	自立 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 制度対象外							
障害福祉サービス 又は 介護保険サービス	計画相談支援実施事業書等または居宅介護支援事業者( )							
	訪問看護(ステーション名					訪問リハビリ		訪問介護
訪問入浴		デイサービス	ショートステイ	福祉用具	住宅改修			
その他( )								
生活状況	就労 就学 家事 在宅療養(一人で外出可)			在宅療養(介助にて外出)				
寝たり起きたり(ほとんど外出しない) ほとんど寝たきり								
移動状況	自立	杖・手すり歩行	介助により歩行	車いす	寝たきり	その他( )		
家族状況	独居	日中独居	夫婦世帯	家族と同居				
災害対策	予備の薬の用意 医療機関の連絡先を確認 避難先の確認 その他( ) 特にしていない							

1. 主治医より病気についての説明を十分に受けましたか。

- 受けた                       受けていない

2. 病気についての相談を主治医にできますか。

- できる                       できない

3. 病気や療養生活のことで、困っていることや相談したいことがありますか。

- ある (  どこにも相談したことがない  すでに他で相談している )                       ない

↓

それはどのようなことですか。

お住まいの区の健康課職員への相談    希望する    希望しない

ご記入ありがとうございました。内容によって保健福祉センターからご連絡させていただくことがあります。ご了承ください。

千葉市記入欄	要 ・ 否	面接者( )
--------	-------	--------