

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		
	無		吸引器 その他( )		
障害者手帳	有 [ 級 ] ・ 無	障害 種別	身体障害(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 [ 区分 ] ・ 無		知的障害 精神障害		
介護保険	制度対象外 未申請 申請済【非該当(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】				
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. この1年間、病状などで変わったことがありましたか

ある ない



それはどのようなことですか。

( )

2. 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( )
--------	-------	--------