

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 無	使用機器	人工呼吸器 吸引器	在宅酸素 その他()	胃瘻 経鼻経管栄養
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所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()
--------	-------	--------