**療養生活についてのおたずね　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年度**

**太枠内の空欄にご記入のうえ、該当するところに ☑ をつけ、更新申請書類とともにご提出ください。**

保健所では地域で安心して療養できるように、保健師の相談、疾病の講演会、事業の統計等を行っています。

本用紙は、皆さまの療養状況をお伺いし、今後の支援に役立てるためのものです。個人情報の保護には、

十分配慮しますので、ご協力お願いします。なお、本紙は申請の承認とは無関係です。

**記入日：（　R　7 年　　　　月　　　　　日）**

ご協力ありがとうございました。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 |  | 住所 | 茨木市/摂津市/島本町  町名・地区までご記入ください |
| 氏名 |  |
| 疾患名  又は告示番号 |  | この疾患で  かかっている病院 | | 病院名：  （　 　回 / 月・ 週） | |
| 生活動作 | □独力で可能　□不自由あるが独力で可能　□部分介助　□全介助 | | | | |
| 生活状況 | □就労　□就学　□家事労働　□在宅療養（介護が必要 ・ 自立）　□長期入院中  □一時入院（ 病院名：　　 　　　 時期：H・R　　　年 月頃～）  □施設入所（ 施設名 :　　　　 　 時期：H・R　　 年　 　月頃～） | | | | |
| 医療・福祉サービスの利用について | | | | | |
| 医療処置 | □特になし 　□気管切開　□吸引　□人工透析　種類**：**(血液 ・ 腹膜)  □人工呼吸器　種類**：**(気管切開 ・ 鼻/顔マスク)　使用状況**：**(常時 ・ 夜間や必要時)  □酸素療法　□中心静脈栄養　□経管栄養　種類**：**(経鼻 ・ 経腸 ・ 胃ろう)  □植込み型(体内式)補助人工心臓　□ペースメーカー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 介護保険  認定 | □該当なし □申請中　要支援（□1　□2）　要介護（□１　□２　□３　□４　□５）  （ケアマネ 事業所名：　 　　　　　　　　　 　担当者名：　　　　　 　） | | | | |
| 制度利用 | □身体障がい者手帳　（　　　）級（内容：　　　　　　　　　　　　）  □障がい年金受給　　（　　　）級　障がい区分（　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用サービス | □訪問看護（ 　 回/週　ステーション名：　　　　　　　　　　　　　　 ）  □訪問リハビリ （ 回/週　　理学療法士　/　作業療法士　/　言語聴覚士）  □ホームヘルパー（ 　回/週） □訪問入浴（ 回/週） 　□その他（　　　　　　　　　）  □デイサービス（　 　回/週）　□ショートステイ（場所：　　　　　、　カ月に　日間） | | | | |
| 療養について  お困りごとを  相談できる人 | □いる ➡誰に：（　　　　　　　　　　）例）主治医・看護師・ケアマネジャー  □いない➡保健師への相談を希望しますか？　**※ご希望の場合、後日お電話させていただきます。**  **□する**　相談内容：□福祉制度　□患者会　□就学　□就労　□リハビリ　□栄養  　　　　　　 　□その他  □しない | | | | |
| 就労について  ※当てはまる方はご回答ください。 | **①就労中、就労希望の方で、就労に関わるお困りごとはありますか？　（複数選択可）**  □相談窓口がわからない。  □職場でどんな配慮（出勤時間、業務内容、職場環境）を受けることができるかがわからない。  □他の難病患者の働き方がわからない。  □自分に合った働き方がわからない。  □その他  **②就労相談に関する情報の案内を希望されますか？　　□はい** | | | | |
| 災害について | **備えとして取り組んでいることをご回答ください。（複数選択可）**  □ 避難所を知っている  □ 電源確保（種類：□発電機　□蓄電池　□その他　）  □ 薬の備蓄 　□ 水や食品の備蓄  □ 家族と連絡や避難方法について話し合っている　□ 関係機関と話し合い進めている  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 講演会の案内 | □当該疾患や身体の状態に関係のある講演会の時に希望する　　□希望なし | | | | |
| （参考） | R７年度難病広域講演会「腎疾患で療養中の方の災害への備え　～いざという時の防災対策を体験してみませんか？～」　※腎疾患患者の方は同封のちらしをご覧ください | | | | |

＜保健所記入欄＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | R７年　　　月　　　日 午前・午後 | | 受付方法 | 郵送・来所・（面接・電話） | |
| 受給者番号 |  | 疾患番号・名 | | （　　　 ） | |
| 相談者 | 本人 ・ その他（　　　　　　　 　） | | PHN | 面接（　 　　　　）担当（　　 　　　） | |
| ■相談内容 | | | | | |
|  | | | | | |
| AA　　　　/　　　　　 A 　　　　/　　　　 C | | | | | 台帳□ |