|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **日常生活についてのおたずね** | 　　　　　　令和７年度更新　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付No　　　　　　　　　　面 N 〒 HV（　　　　） |

皆様の日頃のご様子を伺い、ご相談に役立てたいと思います。ご協力をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 生年月日(西暦) | 住所(〒　　　　 ―　　　　　　　) |
| 受診者氏名 |  | 男・女 | 　　　　年　　　月　　日 |  |
| 連絡先 |  本人 ・ 支援者 ・ その他（　　　　　）　電話番号：　　　　-　　　　　-　　　　　） |
| 家族構成 | □ひとり暮らし　□同居家族がいるが65歳以上のみ　□同居家族がいるが昼間はひとり　□その他 |
| 日常のことや困りごとについて支援者（頼れる先）がいる | いる ⇒　名前：　　　　　　　　　　続柄： いない　　 電話番号： |

下記の項目についてお答えいただき、申請書類と一緒に、保健所へご提出ください。

**記入者：本人 ・ 他（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 記入日：R　　年　　月　　日**

**１．現在の病状、受診状況について、この1年間で、病状や治療などに変化はありますか？**

**□**ある**□**ない

　　　　変化について、具体的にお書きください

|  |  |
| --- | --- |
| **2．この病気で現在受診している医療機関について** |  |
|  | 難病の受診先（　　　　　　　）その他受診先（　　　　　　　） | **□**通院　**□**往診（受診頻度：　　回/　　月）　□入院**□**通院　**□**往診（受診頻度：　　回/　　月）　□入院 |

**3．現在の状況について**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1) 生活状況** |
|  |  | **□**外出も含めて自立して生活　□家庭内では自立　□制限があり部分介助　□全面介助 |
|  | **2) 現在の状況** |  |
|  |  | **□**就労　　**□**就学　 **□**家事労働　 **□**在宅療養　 **□**入院中（　年　月～理由：　　　　 ）**□**長期入院（　　　年　　月～）病院名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**□**施設入所（　　　年　　月～）施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**□** その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | **3) 医療的ケアなど****□**ある**□**ない |
|  |  | 　　 □人工呼吸器（気管切開）　 □在宅酸素　　　　　　　　 □バルンカテーテル　　 □人工呼吸器（鼻マスク）　 □胃ろう　　　　　　　　　 □腹膜透析　　 □気管切開　　　　　　 □経鼻栄養　　　　　　　　 □人工補助心臓　　 □吸引　　　　　　　　 □静脈内高カロリー輸液（ＩＶＨ）　 □その他（　　　　　　 ） |

**４．身体障がい者手帳をお持ちですか。**

**□ある　　□ない**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　**□**1級　　**□**2級　　**□**3級　　**□**4級　　**□**5級　　**□**6級　　　 内容：肢体(上肢・下肢・体幹)・視力・聴力・心臓・呼吸・その他（　　　　 ） |

裏面も記入をお願いします

**5．利用制度・サービスについて**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **1) 介護保険** |
|  |  | **□認定を受けている　□申請中　　□申請していない** |
|  |  | 　　 現在の介護度　　**□**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　　 ケアマネジャー　事業所：　　　　　　　　　　 担当者：　　　　　　電話番号： |
|  | **2) 障害支援区分** |
|  |  | **□認定を受けている　□申請中　　□申請していない** |
|  |  | 　　 計画相談支援員　事業所：　　　　　　　　　　 担当者：　　　　　　電話番号： |
|  | **3) サービス利用状況** |
|  |  | **□利用している　　□利用していない**　　※（　）内にご利用事業所をご記入下さい。 |
|  | **□** 訪問看護**□** 訪問リハビリ**□** 病院外来リハビリ**□** ホームヘルパー**□** デイサービス**□** デイケア**□** 訪問入浴**□** ガイドヘルパー**□** ショートステイ | （　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　　回/週：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（ 施設名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**6．災害時の対策についてお伺いします。当てはまる項目に○をつけてください。**

**1) お住まいの市町村に災害時避難行動要支援者登録をしていますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **□**登録している　　**□**登録していない・必要ない・制度を知らない |

**2) 災害時個別避難計画を作成していますか。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **□**作成している　　**□**作成していない・必要ない・制度を知らない |

**7．保健師の個別相談を希望されますか。**

**□**はい**□**いいえ

　　　**□**医療**□**服薬**□**リハビリ**□**サービス利用**□**就労・就学**□**食事・栄養**□**歯科**□**その他

　　　　具体的にお書きください

**8．学習会・講演会等の案内文の郵送の希望はありますか。****□**ある**□**ない

ご協力ありがとうございました。

**※ご記入いただいた内容により、保健師から後日連絡させていただくことがあります。**

以下は記入不要です。

|  |
| --- |
|  受付 R　 年　 　月　 　日　来所者（ 本人 ・ 家族 ・ 他 ） |
|  疾患No（　　　）　（ 面接 ・ 訪問 ・ 郵送 ・ N ）　　　対応保健師（　　　　　）地区担当（　　　　　） |
| （ 更新時面接　フォロー中(A)・対応 要(B)・ 対応 不要(C)）連絡先：　　　　　　　　（　　　　　-　　　　　-　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□kintone　　□様式５ |