

小児慢性特定疾病児童等の生活状況に関する聞き取り票

NO: _____

日付: / /

対応者: _____

対応: 架電・来所・なし

この聞き取り票は、小児慢性特定疾病医療費受給児とその保護者を対象に、日頃の療養生活に関する不安や困り事等を把握し、今後の支援に活用するために毎年実施しております。昨年度は皆様のご回答をもとに、災害に関する講演会を開催することができました。

今後も安心して地域生活が送れるよう、必要な支援を検討するための一助とさせて頂きたいので、お手数ですが今年度も聞き取り票へ記入のご協力をよろしくお願いいたします。

※申請窓口または郵送にて提出をお願いします。

◆基本情報

対象児の氏名	生年月日	平成 令和	年	月	日 (歳 カ月)
電話番号	— — (続柄:)				
対象児の現在の 在籍・所属	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園・こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高等学校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学・大学 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校(学校名: _____) <input type="checkbox"/> 児童デイ(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 在宅				

◆療養状況および医療・障がい福祉サービスの利用状況

1. 現在、家庭で行っている医療的ケアの内容について教えてください。(当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/>)	
<input type="checkbox"/> 医療的ケアなし→次の質問へお進みください。 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(<input type="checkbox"/> 常時/ <input type="checkbox"/> 夜間・就寝中のみ/ <input type="checkbox"/> 体調不良時のみ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ネーザルハイフロー(<input type="checkbox"/> 常時/ <input type="checkbox"/> 夜間・就寝中のみ/ <input type="checkbox"/> 体調不良時のみ) <input type="checkbox"/> 排痰補助装置 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(<input type="checkbox"/> 常時/ <input type="checkbox"/> 夜間・就寝中のみ/ <input type="checkbox"/> 体調不良時のみ) <input type="checkbox"/> 咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 吸引(<input type="checkbox"/> 気管/ <input type="checkbox"/> 鼻腔/ <input type="checkbox"/> 口腔) <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 継続する透析(腹膜灌流を含む)	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻/ <input type="checkbox"/> 胃ろう/ <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 腎ろう <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 摘便、浣腸などの排便管理 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射(<input type="checkbox"/> インスリン・ <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他(_____)
2. 相談支援事業所の利用について教えてください。	
<input type="checkbox"/> 利用あり (相談支援専門員がいる) <input type="checkbox"/> 利用なし	
3. 医療・障がい福祉サービス等の利用状況について教えてください。(当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/>)	
<input type="checkbox"/> 該当なし→次の質問へお進みください。 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 児童通所支援 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 就労系サービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 日常生活用具 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
4. 現在、困っていることについて教えてください(当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/>)	
<input type="checkbox"/> なし→次の質問へお進みください。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 医療・福祉サービスについて <input type="checkbox"/> 保育園について <input type="checkbox"/> 就学・進学について <input type="checkbox"/> こどもの就労について <input type="checkbox"/> 親の会について <input type="checkbox"/> 災害について <input type="checkbox"/> その他(_____)	
5. 今後、開催してほしい教室等がありますか(当てはまるもの全てに <input checked="" type="checkbox"/>)	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 入園・就学に関すること <input type="checkbox"/> こどもの自立について <input type="checkbox"/> 災害について <input type="checkbox"/> こども同士の交流 <input type="checkbox"/> 親同士の交流 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

以上で聞き取り票の回答は終了です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

ご回答いただいた内容は、個人情報特定されない形で集計します。

また、聞き取り票の内容によっては、後日下記の連絡先からお電話を差し上げる場合があります。

連絡先: 098-853-7962 (那覇市保健所 地域保健課 真和志グループ)

