**入力済み**

**日常生活についてのおたずね**

**新規申請**

このおたずねは、現在の病状・受診状況・療養状況についてお伺いし、皆様の療養生活に役立てる

ことを目的としております。なお、個人情報につきましては、目的以外には使用いたしません。

ご協力お願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 大　昭　平　令 | 年齢 | 歳 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | 相模原市（緑区・中央区・南区） | 電話 | ※日中連絡のつく電話番号  （ 　） | | |
| 病名 |  | 同居  家族 | なし・配偶者・親・子・兄弟姉妹  孫・その他（　　　　　　　　） | | |

**あてはまる□にチェック、または【　】内に記入をお願いいたします**。

|  |  |
| --- | --- |
| **1-1 現在の療養状況について** | ☐在宅療養　 ☐入院中（在宅療養の予定**あり**） ☐長期入院・施設入所中（在宅療養の予定**なし**）  ・施設名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **1-2 医療機関・受診状況について** | ・医療機関名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 ・受診状況　【　外来通院・往診及び外来通院・往診のみ　】  ・受診頻度　【　　】回／【　　】週・【　　】月・年 |
| **2-1 医療機器等の使用について** | 以下に書かれている医療機器等について**難病が原因で使用しているもの**がありますか  □あり　　□なし |
| **2-2 医療機器等の使用状況**  **※2-1で「あり」と記入された方**  **のみお答えください。** | ☐人工呼吸器  ・方法【　気管切開・マスク　】  ・使用頻度【　常時・夜間のみ・その他　】 ☐酸素【　常時・夜間のみ・労作時のみ　】 ☐たん吸引器　　　　　 ☐補助人工心臓【植込型・体外式】 ※ペースメーカーではありません  ☐その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **3-1 療養に関することについて** | 保健師に相談の希望がある  ☐はい　　　　　　　　　　☐いいえ  **以下もご記入ください　　　　裏面もご記入ください** |
| **3-2 相談内容について** ※保健師に**相談希望がある方のみ**  お答えください。記入された方へ、**保健師から連絡をさせていただくことがあります。** | ☐病気・治療について　　　　☐介護について　　 ☐医療費・生活費について　　☐就学・就労について　　 ☐こころの健康について　　　☐患者会について ☐その他（具体的な内容をお書きください） |

裏面もご記入ください（全員回答をお願いします）

|  |  |
| --- | --- |
| **4 社会活動状況について** | ☐就労　　　☐就学　　　☐家事労働可能　　　☐療養のみ |
| **5 介護保険について** ※**40歳以上の方のみ**お答えくだ  さい。 | ☐未申請　　☐申請中 ☐認定済み 　・現在の介護度【要支援１・２　要介護１・２・３・４・５】 　・居宅介護支援事業所名【　　　　　　　　　　　　　　　】 　・ケアマネージャー名　【　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **6-1 在宅介護の状況について** | 介護が必要な状態ですか  ☐はい　　☐いいえ |
| **6-2 主な介護者について** ※**介護が必要な方**のみお答えください。 | ☐同居家族　　☐別居家族　　☐介護事業所　　 ☐その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　】 |
| **7 利用しているサービスについて** ※**サービスを利用されている方**  **のみ**お答えください。 | ☐訪問看護　　　　☐訪問介護　　　　　 ☐訪問入浴介護 ☐訪問リハビリ　　☐通所介護（デイサービス）　☐短期入所 ☐日常生活用具　　☐住宅改修　　 ☐その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　】 |
| **8 障害者手帳について** | ☐なし　　　　☐申請中 ☐あり【　　　】級　　種類【　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **9 障害年金について** | ☐受給なし　　　　☐申請中　　　　☐受給あり |
| **10 個人情報の共有について** | 申請時に提出していただく臨床調査個人票及びおたずねは、病状に応じた療養支援を行うために、関係機関と共有させていただくことがあります。  ☐同意する　　☐同意しない |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

……市記入欄……………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ◆面接日　　年　　月　　日　◆来所者　本人・他（　　　　　　）　◆対応者（　　　　　） | |
| № | 医療機器 |
| Ⅰ ２・８  Ⅱ １・３・５・７・１７・１８・２３・８５・１１３ | 災害※  **Ⅰ**（呼吸器常時・夜間必須、人工心臓）  **Ⅱ**（ランクⅠ以外の呼吸器、吸引器、在宅酸素常時） |
| Ⅲ　臨個番号【　　　】 | なし |
| ◆Ｓ・Ａ・Ｂ・Ｃ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 訪 ・ 面 ・ 電　（　　　月頃） | |
| ◆備考（病状・経過を含む。） | |
| □ＡＤＬ自立　□就労中　□支援者あり・サービス利用　□長期入院・入所中　□相談希望なし | |
| 説明済：　□Ｔ/Ｋ　☐ S ☐包括案内 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

相模原市　緑・中央・南保健センター

R6.3