

新規申請

日常生活についてのおたずね

入力済み

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	<input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院中（在宅療養の予定あり） <input type="checkbox"/> 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 医療機器等の使用について （難病が原因で使用しているもの）	<input type="checkbox"/> 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 】 <input type="checkbox"/> 酸素【 常時・夜間のみ・労作時のみ 】 <input type="checkbox"/> たん吸引器 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→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。	<input type="checkbox"/> 病気・治療について <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 医療費・生活費について <input type="checkbox"/> 就学・就労について <input type="checkbox"/> こころの健康について <input type="checkbox"/> 患者会について <input type="checkbox"/> その他（具体的な内容をお書きください） <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

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	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働可能 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日常生活用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他【 】
8 障害者手帳について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり【 】級 種類【 】
9 障害年金について	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 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（ ）	
No.	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	