**療養生活についてのおたずね　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和６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　6　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　□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現在の状況について：□就労中　□今後就労を検討中　□休職中　②①で「就労中」もしくは「休職中」と答えた方へ就労のことで保健師に相談事はありますか。□希望あり　□希望なし　**※希望者は状況確認等で後日保健師よりご連絡いたします。**（相談内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③就労を検討中の方で就労の相談先を知っているものがあれば〇で囲んでください。難病患者就職サポーター　ハローワーク　大阪難病医療情報センター　難病ポータルサイト障害者就業支援センター(就ポツ)　就労移行支援事業所　　　　　　　　　　　　　(複数回答可) |
| 災害について※別紙ちらしを　ご覧ください | ①お近くの避難所を知っていますか。　□知っている　□知らない②備えに向けて具体的にどのようなことに取り組んでいますか。（複数選択可）□ 電源確保（種類：　　　　　　　）　□ 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□ 避難所を知っている　□ 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） | R６年度難病広域講演会「神経・筋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～」※神経・筋難病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 | R６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□ |