

**< 療養状況票 >**

療養状況についておたずねします。個人情報については適切に処理します。

書類記入日 年 月 日

受給者氏名	住所			
受給者番号	連絡先 <small>(日中連絡のとれる番号)</small>			
病名	服薬 (有/無)	食事制限 (有/無)	運動制限 (有/無)	
所属等	・在宅 ・保育園、幼稚園 ・学校 (小・中・高・大・専門 年) ・特別支援学校 (小・中・高 年) ・就労中 ・その他 ( )			
療養状況	・入院中 ・通院治療中 頻度 (月・年 回) ・経過観察中 頻度 (月・年 回)			
使用している医療機器等	①特になし ②人工呼吸器 ③気管切開 ④在宅酸素 ⑤パルスオキシメーター ⑥吸引器 ⑦吸入器 ⑧血糖測定器 ⑨インスリン注射器 ⑩ホルモン注射 ⑪在宅腹膜透析 ⑫経管栄養 ⑬自己導尿 ⑭その他 ( )			
利用しているサービス	①特になし ②身体障害者手帳 (種 級) ③療育手帳 ( A ・ B ) ④往診 (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑤訪問看護 (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑥訪問リハビリ (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑦日中一時預かり (デイサービス) (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑧訪問入浴 (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑨レスパイト (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無) ⑩その他 (利用機関: 頻度: 週・月 回) 今後の利用の希望 (有・無)			

日常生活等について教えてください。

**○日常生活において困っていることがありますか。**

- ・はい (はいの場合は内容にチェックしてください)
  - 病気に関すること
  - 成長発達に関すること
  - 療育やリハビリに関すること
  - 子育てに関すること
  - きょうだい児に関すること
  - その他 ( )

・いいえ

学校・幼稚園・保育園での生活について(通園・通学中の方のみお答えください)

**○通園や通学でお困りのことはありますか。**

- ・はい (はいの場合は内容にチェックしてください)
  - 通園や通学の方法について
  - 園や学校の生活について
  - 学習の遅れ
  - 進路
  - 友人関係
  - その他 ( )

・いいえ

**○病気のことで情報交換を行っているのは誰ですか。(複数回答可)**

- ・担任 ・養護教諭 ・教頭 ・園長や校長 ・部活の教諭 ・その他 ( ) ・誰にも説明していない

**また内容について教えてください。(複数回答可)**

- ・病気のこと ・治療や服薬のこと ・注意してほしいこと ・緊急時の対応について ・緊急連絡先
- ・その他 ( )

情報	◎保健福祉事務所開催の「講演会」や「患児と保護者の交流会」等の開催案内を希望されますか? ※案内通知を希望されても、参加の可否は自由です。	1. 希望する ( 平日 / 土日 ) ( 午前 / 午後 )	2. 希望しない
	◎保健福祉事務所の保健師による相談 (電話・訪問) を希望されますか。	1. 希望する 連絡先	2. 希望しない

その他、ご意見・ご質問等ご自由にお書きください。

(申請来所者: 対応者: )

申請等の相談	医療	家庭看護	福祉制度	就学	食事・栄養	歯科	その他