

《療養生活の調査票（おたずね票）》 ～難病患者様の生活についてお教えてください～

この用紙は、難病を持ちながら生活されている皆様の支援に役立てることを目的としています。

また、お書きいただいた個人情報につきましては、上記以外の目的以外に使用することはありません。

表の**太枠**内のご記入をお願いいたします。状況に応じて、保健師から詳細をお聞かせいただく場合がございます。

|                                                                        |  |                                                                                                                                                  |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|---------------------------------|--|------|--|-------------|--|---|--|---------|--|---|--|
| 記載日：                                                                   |  | 年                                                                                                                                                |  | 月 |  | 日                               |  | 記入者： |  | 本人          |  | ・ |  | その他（続柄： |  | ） |  |
| フリガナ                                                                   |  |                                                                                                                                                  |  |   |  | 性別                              |  | 生年月日 |  | T<br>S<br>H |  | 年 |  | 月       |  | 日 |  |
| 患者氏名                                                                   |  |                                                                                                                                                  |  |   |  | 男・女                             |  |      |  |             |  | ( |  | 歳)      |  |   |  |
| 住所                                                                     |  | 柏市                                                                                                                                               |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 電話番号                                                                   |  | どなたの電話番号ですか？ 本人・その他（ ） 繋がりのやすい時間 特になし・月・火・水・木・金 時～ 時                                                                                             |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 難病名 1                                                                  |  |                                                                                                                                                  |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 難病 1 の<br>医療機関                                                         |  |                                                                                                                                                  |  |   |  | 難病 1 の<br>主治医                   |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 難病名 2                                                                  |  | 【 指定難病を複数疾患お持ちの方は、難病名 2 の記載もお願いいたします。 】                                                                                                          |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 難病 2 の<br>医療機関                                                         |  |                                                                                                                                                  |  |   |  | 難病 2 の<br>主治医                   |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 介護保険利用                                                                 |  | 対象外 ・ 未申請 ・ 申請中 ・ 申請したがサービス利用なし ・ 該当なし                                                                                                           |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
|                                                                        |  | 利用あり（要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5）                                                                                      |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
|                                                                        |  | 担当ケアマネージャーは（どちらの事業所の ）（どなたですか ）                                                                                                                  |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 障害者手帳                                                                  |  | なし ・ あり（ ）級                                                                                                                                      |  |   |  | 肢体不自由（上肢・下肢・体幹）・心臓・腎臓・呼吸器・小腸・膀胱 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
|                                                                        |  |                                                                                                                                                  |  |   |  | 視覚障害・聴覚障害・言語障害・知的障害・精神障害・その他（   |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| 災害への<br>備え                                                             |  | <b>● あてはまるものに○をつけてください。</b><br>飲料水 ・ 食糧 ・ 医薬品 ・ 家の対策 ・ 医療用の予備バッテリー ・ 緊急連絡先のリストアップ ・ K-netへの登録<br>災害用伝言ダイヤルの使用方法の確認 ・ 東京電力への登録 ・ その他（ ） ・ 特にしていない |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |
| <b>● 療養生活を送る中で、患者様ご本人やご家族の方で相談したいことはありますか。</b><br>ある ・ ない（ご質問は以上となります） |  |                                                                                                                                                  |  |   |  |                                 |  |      |  |             |  |   |  |         |  |   |  |



**《 こちらからは、ご相談が【ある】とお答えいただいた方へのご質問になります 》**

|                            |                   |      |                      |
|----------------------------|-------------------|------|----------------------|
| 相談者                        | 患者様ご本人 ・ ご家族 ・ 両者 | 相談方法 | その場で面談 ・ 電話 ・ その他（ ） |
| ● 相談したいことについて、ご自由にお書きください。 |                   |      |                      |

**\*ご記入にご協力いただき、ありがとうございました。\***

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|--------|--|
| 相談方法【 来所 ・ 電話 】                                                                                |                                                                                                                                                                                              | 支援日： 月 日 |  | 面談人数 人 |  |
| 相談者                                                                                            | 本人のみ ・ 本人と家族（続柄： ） ・ 家族のみ（続柄： ） ・ その他（ ）                                                                                                                                                     |          |  |        |  |
| 生活状況                                                                                           | 独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居（ 人） ・ 施設入所 ・ 入院中（ 年 月から）                                                                                                                                                   |          |  |        |  |
| 社会活動                                                                                           | 就労中 ・ 休職中 ・ 就学 ・ 家事労働 ・ 在宅療養 ・ その他（ ）                                                                                                                                                        |          |  |        |  |
| 自立度                                                                                            | 自立 ・ 杖、手すり歩行 ・ 介助により歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり ・ その他（ ）                                                                                                                                                 |          |  |        |  |
| 支援状況                                                                                           | 支援の必要 なし ・ あり（全介助/食事 ・ 着替え ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 移動 ・ 外出 ・ 会話 ・ 通院）                                                                                                                                    |          |  |        |  |
| 症状の変化                                                                                          | なし ・ あり（ ）                                                                                                                                                                                   |          |  |        |  |
| ほかの疾患                                                                                          | なし ・ あり（ ）                                                                                                                                                                                   |          |  |        |  |
| 療養の状況                                                                                          | 在宅（通院） ・ 在宅（訪問診療） ・ 入院中 ・ 施設入所 ・ その他（ ）                                                                                                                                                      |          |  |        |  |
| 医療機器の使用状況                                                                                      | なし<br>あり（人工呼吸器 ・ 気管切開 ・ 在宅酸素 ・ 胃ろう<br>経管栄養 ・ 吸引器 ・ 人工透析 ・ 中心静脈栄養 ・ その他                                                                                                                       |          |  |        |  |
| 酸素利用状況                                                                                         | 酸素流量： 平常時 L/min 労作時 L/min 就寝時 L/min<br>酸素濃縮器のバッテリー：あり（ ）時間分 ・ なし ・ 不明<br>酸素ボンベで供給できる酸素量： Lボンベ× 本 同調器：あり ・ なし                                                                                 |          |  |        |  |
| サービス利用状況                                                                                       | <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所<br><input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） |          |  |        |  |
| 利用中のサービス                                                                                       | ケアマネジャー 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                                         |          |  |        |  |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> 訪問看護 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                   |          |  |        |  |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                 |          |  |        |  |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> デイサービス 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                 |          |  |        |  |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> 短期入所 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                   |          |  |        |  |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> その他 【事業所名： / 頻度：                                                                                                                                                    |          |  |        |  |
| 具体的な相談内容                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| 対応                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 傾聴                                                                    |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 制度紹介（ 介護 ・ 障害 ・ 就労 ・ その他 ）                                            |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 相談先の紹介（ ）                                                             |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 患者会の紹介（ ）                                                             |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 資料配布（ 難病ガイドブック ・ ヘルプマーク ・ ハザードマップ ・ その他 ）                             |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| 今後の方針                                                                                          |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 必要時対応                                                                 |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                       |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                       |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| <input type="checkbox"/> 継続支援（ カルテあり ・ なし ） <input type="checkbox"/> 助言終了（ カルテあり ・ なし ） 【担当： 】 |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| 相談内容分類                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |
| 申請 ・ 医療 ・ 家庭看護 ・ 福祉制度 ・ 就労 ・ 就学 ・ 食事栄養 ・ 歯科 ・ リハビリ ・ その他                                       |                                                                                                                                                                                              |          |  |        |  |