|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  R６ | このアンケートは難病患者及びその家族が地域の中で安心して暮らすことができることを目的として行っております。療養生活に必要な情報を保健センター等と共有させていただく事がありますのでご了承ください。  船橋市　難病患者療養生活のおたずね票 | | 生年月日 | 大　・　昭　・　平　・　令  **(8)**  年　　　月　　　日（　　　　）才 | | | |
| 患者氏名 |  | |
| 電話番号 | ① | | ② | | | | |
| 病　名 |  | | | | 告示番号 | |  |
| 医療機関 | 1．船橋市内　　２．千葉県内（船橋市以外）　　３．千葉県外  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 主な  療養場所 | 1．自宅　（　①外来通院　　②外来通院と訪問診療　　③訪問診療　）  2．入院中　　3.施設入所 | | | | | | |
| 同居者  ※複数回答可 | 1．一人暮らし　　2. 夫・妻 　 3. 父・母 　4. 子供（息子・娘・婿・嫁）  5．兄弟（兄、姉、妹、弟）　　6. 孫　　　7.その他（ 　） | | | | | | |
| 主な介護者 | 1.介護不要　　２．夫・妻 　　３．父・母 　　４.子供（息子・娘・婿・嫁）  ５.兄弟（兄、姉、妹、弟）　　６. 孫　　７.その他（ 　　　　　　 ） | | | | | | |
| 介護者の健康状態 | （介護を受けている場合のみ）　１. 良い　2. 良くない　（具体的に：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 就労状況 | 1.就労している　　２.求職中　　3.就労したいが就労していない  ４.就労希望はない　　　5.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 移動方法 | 1．自立　　　　2．歩行補助具（杖など）  3．車いす　　 4．リクライニング車いす、ストレッチャー | | | | | | |
| 身体障害者  手帳 | 1.なし 　　　2.申請中 　　3.あり　（総合　　　　　級） | | | | | | |
| 介護保険の  認定 | 1.なし 　　2.申請中（申請予定）　　　3.あり（下記あてはまるものに〇） | | | | | | |
| 1.要支援1　 　2.要支援2 　　3.要介護1  4.要介護2 　　5.要介護3 　　6.要介護4　　　7.要介護5 | | | | | | |
| ケアマネジャーまたは  相談支援専門員 | 1.いない　　　2.いる　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　名前：　　　 　　　　） | | | | | | |
| 現在利用中の  サービス | 1.使っていない 2.訪問診療　 　 3.訪問看護　 　　4.訪問介護  5.訪問入浴 6.訪問リハビリ　　 7.通所介護（デイサービス）  8.通所リハビリ　　 9.ショートステイ　　10.施設入所  11.福祉用具　　 12.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 医療処置・機器の使用  ※複数回答可 | 1.なし　　２.吸引器　　　３.気管切開　　　４.人工透析　　５.ＩＶＨ（中心静脈栄養）  ６.人工呼吸器　（ 24時間 ・ 夜間のみ ・ その他 ）  ７.在宅酸素 　（ 24時間 ・ 夜間のみ ・ その他 ）  ８.胃ろうなど経管栄養　　　９.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  裏面もあります | | | | | | |
| 災害に備えた  準備  （現在行って  いるもの）  ※複数回答可 | 1.自宅の耐震化や家具の転倒防止  2.避難する場所の確認  3.避難時の支援者の確認  4.避難時に持ち出す医薬品・医療材料などの準備  5.災害時の避難先（施設など）との話し合い  6.医療機器の停電対策　（※下の質問にも回答してください）  7.食料や水の確保　　8．その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  9.特に準備していない | | | | | | |
| 6.医療機器の停電対策　に〇をつけた方にお聞きします  （１）具体的な停電対策を教えてください　（複数回答可）  ①　機器の外部バッテリー　　　　②　シガーライターケーブル  ③　蓄電池（ポータブル電源）　　④　発電機　　⑤蘇生バッグ  ⑥　非電源式（足踏み式、手動式）吸引器　　　　⑦電気自動車  （２）内部バッテリーを含めた総稼働可能時間　：　合計　　　　　時間  （３）これらを実際に使った経験が　（　ある　・　ない　） | | | | | | |
| 相談相手は  いますか  ※複数回答可 | 1.家族　　2.友人　 3.ケアマネジャー　 4.医師　　5.看護師　　6.ヘルパー　　　７.ソーシャルワーカー　８.患者会　 ９.保健所保健師　　10.保健センター保健師　11.難病相談支援センター相談員　 　12.誰もいない  １３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 困りごとは  ありますか | 1.なし　（相談できている）  2.あり　（当てはまるものを下記の選択肢から選び、優先順位順に番号を記入） | | | | | | |
| 優先１．　（　　　　　　） | 優先２．　（　　　　　　） | | | | 優先３．　（　　　　　　） | |
| 【選択肢】  ①からだ（病気）、薬、治療　　②リハビリテーション　③食事　④福祉制度や手続き　⑤経済面　　⑥仕事や学校　　⑦介護する家族　　⑧結婚  ⑨その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 保健師の相談を希望するかたは下記に相談内容を記入してください。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

ご協力ありがとうございました　　　　　　　　船橋市保健所　保健総務課

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保健所記入欄** | 評価者（　　　　　　　　）　記載日（　　　　／　　　　） | 相談区分  □申請　□病気・病状  □医療　□リハビリ  □就労　□家庭看護  □就学　□福祉制度  □歯科　□食事・栄養  □その他 |
| １．対応方法：　電話・面接・おたずね票のみ・その他（　　　　　　） | |
| ２．相談者　：　本人　・　家族（　　　　　）・その他（　　　　　　　　　　　） | |
| ３．医療機器使用 ：　□　有　　　□　無 | |
| ４．援助方針：　 A　・　B　・　C　・　D　・　E | |
| ５．対応者　：　□保健所　　□訪問相談員 | |
| （備考） | |