アンケートのお願い

新規

今後の支援の参考にさせて頂きますので、ご協力をお願いいたします。

1．受診者年齢（　　歳）
※差し支えなければお名前をご記入ください。　お名前（　　）

2．病名　　（　　）

3．小児慢性特定疾病医療費助成制度をどこで知りましたか。該当するものに○をつけてください。
1　病院　2　患者団体　3　行政機関（障害福祉課、療育支援課、地域保健課、その他の課）　4　その他（　　）

4．日中、主に過ごしている場所について、次の項目のいずれかに○をつけてください。
1　病院　2　保育園　3　幼稚園　4　小学校　5　中学校　6　高校　7　特別支援学校
8　専門学校・大学　9　職場　10　通所施設・作業所　11　自宅

5．障害者手帳を申請中、またはお持ちですか。該当するものに○をつけてください。
1　なし
2　あり→　手帳の種類（身体障害者手帳→　1・2・3・4・5・6　級）
（療育手帳→　Ⓐ・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2）
（精神障害者保健福祉手帳→　1・2・3　級）
3　申請中→　手帳の種類（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）

6．医療的ケアはありますか。次の項目の中から該当するもの全てに○をつけてください。
1　人工呼吸器（24 時間・その他）　2　気管切開　3　在宅酸素　4　吸引
5　経管栄養（鼻腔・胃ろう）　6　導尿　7　透析　8　自己注射（糖尿病・血友病・成長ホルモン・その他）　9　人工肛門　10　吸入　11　IVH（中心静脈栄養）
12　その他（　　）

7．所属している患者団体はありますか。
1　なし　2　あり→　患者団体名（　　）

8．お困りの項目全てに○をつけてください。（複数回答可）
1　治療について　2　家庭での看護について　3　入園・入学・就学について
4　看護者自身の事について　5　きょうだいについて　6　経済面について　7　その他
上記について具体的にご記入ください。

（　　）

ご協力いただきありがとうございました。

船橋市保健所地域保健課疾病対策係　小児慢性特定疾病担当　TEL：047-409-2891