

小児慢性特定疾病医療費助成の申請に来られた方へ

吹田市

今後の支援に活用させていただきます。記入の協力をお願いいたします。

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|---|----|
| 記入日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 疾患名・No | <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | | 申請区分 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | |
| ふりがな 患者氏名 | | | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | |
| 生年月日 | 年 月 日生 ()歳 | | 連絡先 電話 | () - | |
| 所属等 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> その他 | | | | |
| | 所属機関名・学年 | | ()年 | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 健康状態 | 備考 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申請書と同じ | | | | | |
| 現在の 状況 | 受療状況 | <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 頻度:() | | | |
| | 内服 1年間の変化 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () | | | |
| 在宅医療 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(気管切開) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(鼻マスク) <input type="checkbox"/> 気管切開のみ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう(腸ろう) <input type="checkbox"/> 中心栄養静脈(IVH) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 自己血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射 (<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> その他: | | | | |
| 利用制度 | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: (級)(内容:) | | | |
| | 療育手帳 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) | | | |
| | 特別児童扶養手当 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: (級) | | | |
| 医療や サービス等の 機関名称等 | かかりつけ医 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | かかりつけ歯科 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | かかりつけ薬局 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 訪問看護 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 訪問リハビリ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 通所リハビリ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 相談支援事業所 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | ホームヘルパー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | ショートステイ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 放課後等デイサービス | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| | 児童発達支援(児童デイ) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | |
| 日常生活用具名 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | | |
| 補装具名 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: () | | | | |
| お困りごと等あれば <input type="checkbox"/> にチェックしその内容をご記入ください。 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 申請等について <input type="checkbox"/> 医療について <input type="checkbox"/> 家庭での看護について <input type="checkbox"/> 福祉制度について <input type="checkbox"/> 保育園、幼稚園、学校について <input type="checkbox"/> 食事について <input type="checkbox"/> 歯科について <input type="checkbox"/> その他 | | 具体的にお書き下さい。 | | | |
| 保健師との面談や電話を希望されますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 講演会や交流会でご希望のテーマがあればご記入ください。 | | | |

面談・電話を希望されなかった場合でも、必要時担当者からご連絡させていただく場合があります。また、講演会のご案内等を送付させていただく場合があります。ご了承ください。