

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					
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。