

小児慢性特定疾病医療費助成の申請に来られた方へ

今後の支援に活用するため記入のご協力をお願いいたします。

吹田市

記入日	令和 年 月 日			
疾患名			申請区分	☐ 新規 ☐ 継続
ふりがな 患者氏名		住所	☐ 申請書と同じ	
生年月日	年 月 日生 ()歳	連絡先 電話	() ー	
所属等	☐ 在宅 ☐ こども園 ☐ 保育園 ☐ 幼稚園 ☐ 小学校 ☐ 中学校 ☐ 高校 ☐ 大学 ☐ 就労 ☐ その他			
	所属機関名・学年		()年	
現在の 状況	受療状況 ☐ 通院 ☐ 入院中 (頻度:) 1年間の病状の変化 ☐ なし ☐ あり (具体的に:)			
在宅医療	☐ なし ☐ 人工呼吸器(気管切開) ☐ 人工呼吸器(鼻マスク) ☐ 気管切開のみ ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ 経鼻栄養 ☐ 胃ろう(腸ろう) ☐ 中心栄養静脈(IVH) ☐ 腹膜透析 ☐ 導尿 ☐ ストマケア ☐ 自己血糖測定 ☐ 自己注射 (☐ インスリン ☐ その他:) ☐ その他:			
	身体障害者手帳 ☐ なし ☐ あり: (級)(内容:) 療育手帳 ☐ なし ☐ あり: (☐ A ☐ B1 ☐ B2) 特別児童扶養手当 ☐ なし ☐ あり: (級)			
	利用サービス ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所リハビリ(わかたけ園や吹田療育園) ☐ ショートステイ ☐ 相談支援事業所 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 児童発達支援 ☐ ホームヘルパー			
	お困りごとなどがあれば☑し、該当部分を丸で囲うなど、内容についてご記入ください。 ☐ 医療のこと(内容:) ☐ 福祉制度のこと(内容:) ☐ 家庭での看護(食事・入浴・歯・その他)のこと ☐ 保育園、幼稚園、学校の(送迎・その他環境・先生)のこと ☐ 疾病のある子どもの(学習・就労)のこと ☐ 兄弟(姉妹)のこと ☐ 疾病のある子どもや保護者同士の交流 ☐ 疾病のある子どもの子育て経験のある保護者によるピアサポート ☐ レスパイト(日中の預かり・宿泊での預かり) ☐ 小児科から成人に向けての医療の移行 ☐ その他(内容:) 			
	講演会や交流会で希望のテーマがあればご記入ください。 			
保健師の相談を希望されますか。		☐ はい ☐ いいえ		

相談希望がない方にも、必要時、担当者から連絡や講演会の案内をさせていただく場合があります。

R7年11月作成