生活に関するおたずね

おやこ保健課では、お子さまが地域で安心して生活できるよう保健師等が訪問や電話等による相談支援を行っています。今後の支援に活用させていただくために、以下への回答についてご協力をお願いします。あてはまる内容に☑印または空欄にご記入ください。
※この用紙は認定結果には関係しません。ご記入後、他の提出書類と一緒にご提出いただきますようお願いいたします。

記入者	□ 父　□ 母　□ （　　）	記入日	
記入者の連絡先		※内容に応じておやこ保健課からご連絡させていただく場合があります。	
ふりがな		お子さまの生年月日	
お子さまのお名前			
所属	□ 在宅 □ 通園　□ 保育所　□ 幼稚園　□ 療育園 □ 通学　□ 小学校　□ 中学校　□ 高校　□ 大学　□ 支援学校 園・学校施設の名称　（　　） □ その他　（　　）		

疾病についての説明 ※新規申請の方や前回からご変更がある場合はご記入ください。	疾病名	本人	家族
		□ 知っている ①誰から説明を受けましたか □ 主治医　□ その他 （　　） ②時期　　年　　月 □ 知らない □ 知らせていない	どなたが知っていますか （　　）
	説明を受けた内容		
	受けとめ		

ご利用中のサービス等	□ ①訪問診療（医師・歯科医師） □ ②訪問看護（看護師・PT・OT・ST） □ ③ヘルパー □ ④相談支援事業所 □ ⑤デイサービス □ ⑥日中一時支援 □ ⑦訪問入浴 □ ⑧レスパイト入院・入所 □ ⑨その他（　　） □ ⑩特になし
災害への備え	□ ①していない □ ②している □ 避難時に持ち出す物品（医薬品、お薬手帳等） □ 避難場所・連絡方法の確認 □ その他（　　）
停電への備え	※電源が必要な医療機器を使用している　□ はい　□ いいえ □ 人工呼吸器　□ 吸引　□ 酸素療法　□ その他（　　） □ ①機器バッテリーの確保 □ ②外部電源の確保 □ ③代替品の確保 □ ④その他（　　）

●お子さまの体調・治療や生活のこと等、お困りごとや相談したいことについて

□ ①発育・発達
□ ②疾病
□ ③歯の治療や口腔ケア
□ ④食事や栄養
□ ⑤利用できる福祉制度
□ ⑥お子さまの就学
□ ⑦お子さまの就労
□ ⑧予防接種
□ ⑨ご家族の健康面
□ ⑩患者会などの情報
□ ⑪災害情報
□ ⑫その他（具体的にご記入ください）
□ ⑬特になし