◇療育生活に関するおたずね◇　令和８年度

このおたずね票は、皆様の現状の状況を把握し、今後の支援や自立支援事業のさらなる充実を図るためにお聞きするものです。記入いただきました個人情報は、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業における皆様への支援及びニーズ調査の目的以外には利用しません。御協力をお願いします。

記入者【児童本人、児童の父、児童の母、その他（　　）】　記載日：令和　　年　　月　　日

児童氏名		**住所**	寝屋川市
生年月日	□H　□R　□西暦 年　月　日（　　歳）	**連絡先**	自宅 ー　　ー
病名			携帯　□父 □母 □その他 （　　）　ー ー
世帯構成 **（複数選択可）**	※一緒に生活している方（同一敷地内含む）を教えてください。（児童を中心に続柄を選択） □ 父　□ 母　□ きょうだい　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　）		
所属等の状況	□ どこにも在籍していない □ 保育所（園）□ 認定こども園　□幼稚園 □あかつき・ひばり園　□その他療育センター □ 小学校　□ 中学校　□ 高等学校　□ 専門学校　□ 短期大学　□ 大学 □ 支援学校（□訪問籍・□通学籍）　□ 就労　□ その他（　　）		
所属先名称			
現在の入院・通院等の状況	□ 通院中【(病院名：　　)（頻度：　回/　)】 □ 入院中【(病院名：　　)（期間：　年　月　日～)】 （入院目的：□ 治療　□検査　□ レスパイト　） □ 訪問診療【(病院名：　　)（期間：　年　月頃から)（頻度：　回/　)】 □ 施設に入所中【(施設名：　　)（期間：　年　月～　)】		
身体障害者手帳	□ なし　□ あり（　　）級　障害種別（　　）　□ 申請中		
療育手帳	□ なし　□ あり（ □ A　□ B1　□ B2）　□ 申請中		

日常生活についておたずねします。（介助者の設問は複数選択可）

食事	□ 自立している　□ 介助が必要（内容：　　） （介助者：□母　□父　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　））
排泄	□ 自立している　□ 介助が必要（内容：　　） （介助者：□母　□父　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　））
更衣	□ 自立している　□ 介助が必要（内容：　　） （介助者：□母　□父　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　））
入浴	□ 自立している　□ 介助が必要（内容：　　） （介助者：□母　□父　□ 祖母　□ 祖父　□ その他（　　））
移動・歩行	□ 自立している　□ 介助が必要（内容：　　） （介助者：□母　□父　□ 祖母　□祖父　□ その他（　　））

気になっていることや相談したいことについて当てはまるものすべて選択ください。

□ 当該医療受給制度について　□ 発育・発達について　□ 進路・進級・就労　□ 食事や栄養
□ □腔ケア　□ 健康面について（予防接種等）□ お子さまの学習面　□ レスパイト　□災害について
□ ご家族やごきょうだいについて　□ その他（　　）

選択された困りごとや相談ごとについて、詳しく御記入ください。

裏面もご記入ください

平時からの災害の備えについて

災害時に備えて準備しているものはありますか

☐ 内服薬　☐ 治療に関する情報提供書　☐ 健康保険証・医療証等の写し ☐ 安否連絡先
☐ 医療的ケアに必要な電源　☐ 医療的ケアに必要な物品等　☐ その他（　　）

寝屋川市では慢性疾患をもつお子さまやその保護者の交流会を行っています。

どのような内容の交流会があればよいと思いますか？

☐ 同じ疾患等、共通テーマによる保護者同士　☐ 年齢の近い人同士　☐ 同じ疾患の人同士
☐疾患に関わらず慢性疾患を持つ人同士の共通テーマ（就学、就労等）

上記該当しないその他内容やテーマに関する意見やその他を御記入ください

患者や家族会について

☐ 参加している（名称　　）　☐ 参加してみたい

内服、医療的ケアの状況ついておたずねします。

内服薬	①内服　☐あり　☐なし
医療的ケアの状況（複数選択可）	☐ ②人工呼吸器【☐夜間のみ　☐終日　☐入眠時　☐その他（　　）】 ☐ ③気管切開・挿管 ☐ ④吸引（頻度：　　）　☐ ⑭薬剤吸入（頻度：　　） ☐ ⑤酸素療法【☐夜間のみ　☐ 終日　☐ 入眠時　☐その他（　　）】 ☐ ⑥経鼻栄養、 ☐ ⑦胃ろう ☐ ⑧中心静脈栄養 ☐ ⑨腹膜透析 ☐ ⑩導尿 ☐ ⑪ストマケア ☐ ⑫自己注射 種類（ ☐ 糖尿病　☐ 成長ホルモン　☐ その他（　　）） ☐ ⑬血糖測定 ☐ ⑮その他（　　）
①～⑮を選択した方におたずねします。（複数選択可）	①～⑮の医療的ケアはどなたが行っていますか ☐　本人で行うが介助が必要　☐本人が自立して行える ☐　家族（☐ 母　☐ 父　☐ 祖母　☐ 祖父　☐ その他（　　）） ☐　訪問看護師など家族以外（　　）

医療・福祉サービス等を利用されていますか？

☐ 利用中（利用中の事業と事業所・頻度を教えてください）、　☐　利用なし

利用中の事業名	事業所名	頻度
☐ 相談支援事業	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 訪問看護　☐ 看護師　☐ 理学療法士(PT)	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 作業療法士(OT)　☐ 言語聴覚(ST)	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 児童発達支援事業や放課後デイサービス	・	・（　　）回/週・月・年
☐　生活介護	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 居宅訪問型児童発達支援	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 日中一時支援	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 居宅介護、☐重度訪問介護	・	・（　　）回/週・月・年
☐ 短期入所	・	・（　　）回/週・月・年
☐ その他（　　）	・	・（　　）回/週・月・年

☆　御協力ありがとうございました