



【おねがい】

最近1年以内の療養状況をご記入し、返信用封筒に入れ
令和7年9月19日までに、ご返送ください。

記入者：

本人
家族（続柄： ）
その他（ ）

ふりがな		お住まい	本庄市 ・ 上里町 ・ 美里町 ・ 神川町
受給者氏名		医療機関名	主治医名（ ） 訪問看護ステーション名
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 主に通院（__回/__か月） <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	担当ケアマネ	事業所（ ） 氏名（ ）
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり（等級__級） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 （取得年月日 年 月 日）	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 補装具・日常用具の給付、貸与 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 他（ ） <input type="checkbox"/> デイサービス
障害支援区分	<input type="checkbox"/> あり（区分__） <input type="checkbox"/> なし		
介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護（要介護度 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 要支援（要支援 1・2） <input type="checkbox"/> なし	社会活動	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
日常生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 （食事・衣類の着脱・移動・炊事洗濯・トイレ・入浴・通院・視力・聴力）	<input type="checkbox"/> 全介助	
この1年間で病状や生活などで変わったことはありませんか。	<input type="checkbox"/> 安定している ・ <input type="checkbox"/> 悪くなった（↓下記欄に具体的にご記入ください。）		
療養生活の中で、心配なこと、困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある（↓あてはまる項目すべてに☑を付けてください。） ・ <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 辛い症状がある <input type="checkbox"/> 経済的な負担について <input type="checkbox"/> 病気・薬・治療について <input type="checkbox"/> 仕事上や学校・園でのことについて <input type="checkbox"/> 入通院や医療機関について <input type="checkbox"/> 食事や嚥下について <input type="checkbox"/> リハビリテーションについて <input type="checkbox"/> 義歯や歯科治療について <input type="checkbox"/> 介護方法や負担などについて <input type="checkbox"/> ばくぜんとした将来への不安など <input type="checkbox"/> コミュニケーションについて <input type="checkbox"/> 日常生活上の注意について <input type="checkbox"/> 福祉の制度や手続きについて <input type="checkbox"/> その他		
	● 上記内容について相談希望はありますか。 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> なし		
	● 講演会等通知（オンライン開催含む）の希望はありますか。 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> なし		
お住まいの市町村に、「災害時避難行動要支援者」として登録していますか。	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録していない（検討中） <input type="checkbox"/> 登録を希望しない <input type="checkbox"/> 制度を知らない <input type="checkbox"/> 自力で避難できるので必要ない	個別避難計画の作成はできていますか。	<input type="checkbox"/> 作成済 （作成時期： 年 月） <input type="checkbox"/> 作成していない

* 避難行動要支援者登録・個別避難計画についてはお住まいの市町村にお問い合わせください。

裏面もご協力ください



医療機器の使用または医療的ケアを受けていますか。 はい いいえ

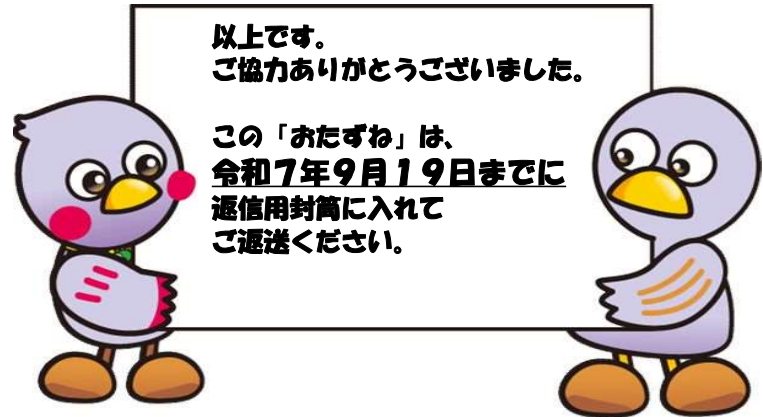
「はい」と回答した方は、下記へお進みください。

医療機器の使用状況等あてはまるところに✓をしてご記入ください。

「人工呼吸器」「在宅酸素療法」「唾液や痰の吸引」を受けている方の【災害時の備え】はありますか？

常備あり ・ 常備なし

<p>1 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/>気管切開 ・ <input type="checkbox"/>マスク式) <input type="checkbox"/>24時間装着 <input type="checkbox"/>夜間のみ装着 <input type="checkbox"/>その他 () 業者： 機種： 担当者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 外部バッテリー _____個 (計_____時間分) <input type="checkbox"/> 内部バッテリー (_____時間分) <input type="checkbox"/> 自家発電装置 (発電機含む) <input type="checkbox"/> 車のシガーライターケーブル等 <input type="checkbox"/> 充電式吸引機器 <input type="checkbox"/> 非電源式吸引器 <input type="checkbox"/> 蘇生バック あり ・ なし <input type="checkbox"/> その他業者の機器等 【例：災害対策システムANPY (アールピー)、シガーソケット】 ()</p>
<p>2 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (安静時 L / 労作時 L) 業者： 担当者：</p>	<p><input type="checkbox"/> 所持酸素ボンベ本数 本 (計 時間分) <input type="checkbox"/> その他業者の機器等 ()</p>
<p>3 <input type="checkbox"/> 唾液やたん吸引 <input type="checkbox"/>吸引頻度： _____時間に____回 <input type="checkbox"/>必要時 <input type="checkbox"/>低定量持続式</p>	<p><input type="checkbox"/> 充電器 (吸引時) あり ・ なし <input type="checkbox"/> 足踏み式等非電源式 (吸引時) あり ・ なし</p>
<p>4 <input type="checkbox"/> 気管切開 5 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 6 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろう 7 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル・自己導尿 8 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	



*事務処理欄 (ここには記入しないでください。) ※ 令和6年7月本庄

回収方法	1. 郵送 2. 来所 (本人 / 家族 (続柄:) / その他 ()) 3. 訪問 4. その他 ()
相談内容	相談年月日 R 年 月 日 相談者名 () 担当名 ()
援助方針	1. 1か月内の訪問・連絡 2. 3か月内の訪問・連絡 3. 必要に応じて、相談・状況把握 4. 次回継続申請時に状況把握
備考	