

# 小児慢性療養生活相談票

新規（転入）の方はご提出をお願いします。

更新の方は、ご相談がある際にご提出ください。個人情報の保護には十分に配慮いたします。

フリガナ： 受診者(児童)氏名： 性別：	生年月日： 年 月 日
住所：西宮市	TEL： - -
疾患名：	記入者：母・父・本人・その他（ ）

**1** 療養生活のことで、ご相談がある場合はこちらにご記入ください。

( )

**2** 在宅での療養生活で困ったことがある時に相談できる方はいらっしゃいますか。

1. いる（家族・友人・主治医・その他〈 〉）
2. 相談したいが、相談できる相手がいない
3. 特に相談を必要としていない

**3** **1** ご相談内容について、下記から該当するものをお選びください。

（相談がない場合は記載不要）

1. 公益財団法人 チャイルド・ケモ・サポート基金\*から、折り返し電話がかかってくる（※チャイルド・ケモ・ハウス基金へ情報提供のため本用紙を送付いたします）

⇒電話が繋がる曜日・時間帯もご記入ください（例：月曜日 10時～15時）

2. 自分から公益財団法人 チャイルド・ケモ・サポート基金\*に連絡する
3. 保健所・保健福祉センターで相談したい

## \*公益財団法人 チャイルド・ケモ・サポート基金（チャイルド・ケモ・ハウス）とは？

西宮市では、小児慢性特定疾病をお持ちのお子さんの相談事業として、公益財団法人 チャイルド・ケモ・サポート基金（チャイルド・ケモ・ハウス）に自立支援事業を委託しております。

詳細は、別紙のチラシやホームページをご参照ください。

- 電話による相談：（相談電話）078 - 303 - 5335  
（月曜～金曜：9：00～16：00 ※土日祝・年末年始は除く）
- メールによる相談：soudan@kemohouse.jp



ホームページ



チャイケモ 自立支援 検索

自立支援相談のページ



\* 現在のご状況についてお伺いします

**4 通院・治療状況**

1. 通院      2. 往診      3. 入院中

**5 就園・就学・就労等の状況**

- ・なし / 保育所 / 幼稚園 / 小学校 / 中学校 / 高校 / 特別支援学校  
↳ 特別支援学級 の利用の有無 ( 有 ・ 無 )  
・就労 (      年      月 ~      / 常勤 ・ アルバイト ・ その他 (      ) )

**6 治療や医療処置の状況について (あてはまるもの全て)**

1. 特になし      2. 内服治療      3. 血糖測定      4. 自己注射  
5. 経管栄養 (鼻腔 / 胃ろう / 腸ろう)      6. 自己導尿      7. たん吸引  
8. 在宅酸素療法      9. 人工呼吸器      10. 気管切開      11. その他 (      )

**7 現在利用している医療福祉サービス等について (あてはまるもの全て)**

1. 身体障害者手帳 (肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 呼吸 ・ その他 (      ) )  
( 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 )  
2. 療育手帳 ( A ・ B1 ・ B2 )  
3. 訪問看護・訪問リハビリ      月に (      ) 回利用、もしくは週に (      ) 回利用  
4. ホームヘルプサービス      月に (      ) 回利用、もしくは週に (      ) 回利用  
5. こども未来センター等の通園、児童発達支援事業・放課後等デイサービス  
月に (      ) 回利用、もしくは週に (      ) 回利用  
6. その他 (      )

ご協力ありがとうございました

※以下 職員記入欄      対応日      年      月      日      対応職員  
面接者： 母 ・ 父 ・ その他 (      )  
受付場所： 鳴尾・北口・塩瀬・山口・保健所

**【相談内容】** 該当内容  印 (複数可)

- a.申請等    b.医療    c.家庭看護    d.福祉制度    e.就労  
f.就学    g.食事・栄養    h.歯科    i.その他

**【対応職員コメント】**

**【面接結果】** 主な該当内容 1つに  印

- ア.患者会・交流会紹介    イ.市役所・他機関へのサービス案内    ウ.地区担当保健師へ情報提供  
エ.チャイルドケモハウスへの紹介    オ.医療費助成の説明    カ.その他 (      )