

## 参考資料 4

## 難病初回相談票

相談日	令和 年 月 日 ( 曜日)	来所・電話・関係機関連絡 ( )	受付	所属： 氏名：
-----	----------------	---------------------	----	------------

## ● 対象者 (患者本人)

フリガナ： 氏名：	生年月日： 年 月 日 ( 歳)
住所：	電話番号：

## ● 相談者

フリガナ： 氏名：	電話番号：
対象者との関係： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## ● 病気・治療状況について

疾病名：	発病日： 年 月
①医療機関：	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 (訪問診療) 受診頻度 回/週・月
②医療機関：	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 (訪問診療) 受診頻度 回/週・月
医療処置： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (人工呼吸器 (NPPV・TPPV)・気管切開・吸引器・酸素・経管栄養) ※人工呼吸器ありの場合 → 装着時間： <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
療養状況： <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 入院中 (退院予定 月頃) <input type="checkbox"/> 入所中 (施設名： )	

## ● 現在、利用しているサービス等について

福祉 サービス	身体障害者手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 種 級)
	障害福祉サービス： <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 利用 (計画相談支援専門員： ) (利用中のサービス： )
	日常生活用具： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
	障害支援区分： <input type="checkbox"/> なし・あり ( 区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 認定申請中 )
	介護保険認定： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定申請中)
	介護保険サービス： <input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 利用 (ケアマネジャー： ) (利用中のサービス： )
	難病医療機器貸与： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (吸引器・吸入器)
難病一時入院利用歴： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (場所 )	
災害時要援護者名簿登録： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
東京電力登録(人工呼吸器使用者のみ)： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
年金 手当	<input type="checkbox"/> 難病福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 ( 級) <input type="checkbox"/> 障害厚生 (共済) 年金 ( 級) <input type="checkbox"/> その他 ( )

## ● 家族について

<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居者あり：父、母、夫、妻、兄、弟、姉、妹、子、その他 ( )
主介護者： 父、母、夫、妻、兄、弟、姉、妹、子、その他 ( )、 なし

## ● 困りごとについて

<input type="checkbox"/> 病気・症状のこと <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> サービスのこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 家族のこと
<input type="checkbox"/> 住居のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 学校のこと <input type="checkbox"/> 災害対策のこと
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に )

● 相談内容

相談主訴：
経過：
アセスメント：
対応：
今後の方針：

< 決裁欄 >

課長	係長	難病担当	受理者