療養生活のおたずね　　（小児慢性特定疾患）

保健師による健康相談をおこなっています。下記の事項についてご記入ください。
（太枠内の該当事項の記入または○印をつけてください。）

お子さんの氏名		住所 電話	（TEL　　－　　）

○ お子さんは現在、在宅ですか、入院ですか。
ア．在宅 ──→ ・就労　・就学　・その他の幼稚園等
イ．入院中
ウ．施設入所中

○ お子さんの療養生活について相談したいことが　ある　・　ない
あるとお答えの方、その内容についてご記入ください。

（　　）

○ その他相談したいことが　ある　・　ない
あるとお答えの方、その内容についてご記入ください。

（　　）

相談日	年　月　日	申請 疾患名		年齢	歳

【相談事項】	【区分】 ・今回のみ ・要継続　電話 訪問 来所 その他（　　） ・関係機関紹介（　　）
	担当者名