

ID:

氏名:

## 問診票(サービス・医療・福祉情報)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか 同意 同意しません 所持していない

## 福祉サービスの利用

種類	無・有		施設名	頻度	担当者名
ヘルパー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
移動支援	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
訪問入浴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
タイムケア	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
デイサービス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
ショートステイ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
ファミリーサポート	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			

## 医療サービス

種類	無・有		施設名	頻度	担当者名
かかりつけ病院・医院	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
訪問看護	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
訪問薬剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
訪問診療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			

## 保育・教育

通園施設名	頻度	担当者名

## 学校教育 \* 学校名を記入して下さい

施設名	通学・訪問		頻度	担当者名
小学校	<input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ( ) 回/週	
中学校	<input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ( ) 回/週	
高等学校	<input type="checkbox"/> 通学	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ( ) 回/週	

## 行政関連・その他

種類	施設名	担当者名
保健師		
市町村福祉等の窓口		
障害者支援センター		
その他		

## 福祉制度

種類	所有状況			手続きした医療機関	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
精神障害者福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )

## 公費

種類	有・無・申請中			手続きした医療機関	
養育医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
育成医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
小児慢性特定疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
通院公費	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
特定疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
生活保護	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> こども病院	<input type="checkbox"/> 他施設( )

問診票(サービス・医療・福祉情報)