

聞き取り票(更生医療)

更生医療を受給するためには、身体 の 状況や生活状況についての聞き取りが必要です。分かる範囲でご記入をお願いします。
 ※内容については、**手術前の状況**をご記入ください。術後に変わった事項がありましたらその旨も記入してください。
 ※この調査票をもとに、窓口やお電話にてお聞きする場合もございます。ご了承ください。

対象者氏名		連絡先	日中に繋がる電話番号をご記入ください。			
身体障害者手帳の有無	*有 → 級 障がい名: 肢体不自由・心臓・腎臓 ・その他() *無	更生医療適応歴	*有 → 継続・以前に申請したことがある *無			
日 常 生 活	◎一緒に住んでいる家族		◎介護保険サービスの利用状況			
	◎日中の過ごし方 仕事・家事・畑仕事・その他()		○介護保険認定 認定なし・要支援・要介護 1・2・3・4・5			
	→仕事をされている場合 週()日勤務		○利用しているサービス名・利用頻度等			
	勤務時間()時間		食 事 :	自立	一部介助	全介助
	会社勤務(事務・営業・その他())		排 泄 :	自立	一部介助	全介助
	自営業・その他()		入 浴 :	自立	一部介助	全介助
	◎移手段 自動車・バイク・自転車・徒歩・車いす・公共交通機関		外 出 :	自立	一部介助	全介助
			歩 行 :	自立	一部介助	全介助
		杖 :	必要なし	必要		
		その他、困難な動作				
障がいの原因と今回、更生医療を利用するに至った経緯	*どのような症状があったか(手術前) 痛み(場所:)・歩きにくい・手足が動きにくい・その他() 息切れ・呼吸がしにくい・動悸・めまい・その他() 頭痛・食欲不振・吐き気・むくみ・その他() *原因となった病気: *いつ頃から症状があり、病院を受診するようになったか ①今回の手術や入院前の通院先(かかりつけ医)・通院頻度、服薬の有無 ②今回の入院・手術前の症状と経緯 ③退院後の通院先・通院頻度 *その他治療している疾患:					
*受給中の年金の種類	高額療養費の払い戻し(1年以内)	有(回)・	無			
公的年金・障害年金・遺族年金・なし	特定疾病療養受領証(透析)	有	無			
*受給額	医療費助成券(マル福)	有	無			
*いつから						

※下記の記入は不要です。

調査年月日	年 月 日	調査者氏名:
-------	-------	--------