

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 ご相談があれば、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. 相談したいけど、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. NPO 法人チャイルド・ケモ・ハウス*から、折り返し電話がかかってきてもよい

⇒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 NPO 法人チャイルド・ケモ・ハウス*に連絡する。
3. 保健所・保健福祉センターで相談したい

*NPO 法人チャイルド・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、NPO 法人チャイルド・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・ホームページやInstagramをご参照ください。

- 電話による相談：090-8533-2499

訪問や面談による相談も可能です

（月～金：9：00～16：00*祝祭日は除く）

- メールによる相談：soudan@npo-chaikemo.com



ホームページ



Instagram

チャイケモ 自立支援 検索



