

経過聞き取り票（肢体）

ふりがな
氏名： 生年月日： 年 月 日 現在使用している補装具名：

介護保険：有（等級 ）・ 無 生活保護： 有 ・ 無

身長： 体重：

1. 疾病・障害等の経過（発症から現在までの経過、障害部位や現在の状態）

- ・発症 年 月頃
- ・経過
- ・現在の状態（屋内外）

2. 通院等の状況（通院の頻度、リハビリやデイサービス、ヘルパー等の使用頻度や内容）

- ・通院：週・月 回
- ・リハビリ：週・月 回 デイサービス：週・月 回 ヘルパー：週・月 回
- ・その他

3. 生活環境（在宅又は施設などの住環境、家族構成など）

- ・自宅の状況： 自宅 ・ 借家 ⇒ 階段等： 有 ・ 無
- ・家族構成： 独身 ・ 単身 ・ 同居（ 夫 ・ 妻 ・ 子 人 ）⇒その他家族の状況
- ・食事及び買い物：
- ・就労等：

4. 就労・就学状況（より詳しく記載）

- ・（内容）
- ・（頻度）

5. 希望する補装具について

①種類

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ 上肢装具（種類： ） | ☐ 座位保持装置（種類： ） |
| ☐ 下肢装具（種類： ） | ☐ 車椅子（種類： ） |
| ☐ 義手（種類： ） | ☐ 電動車椅子（種類： ） |
| ☐ 義足（種類： ） | ☐ 重度障害者用意思伝達装置（種類： ） |
| | ☐ 特例補装具（種類： ） |

②申請理由

- ・装具が必要な理由

・現在使用している装具の使用年数（いつ頃製作して使用しているか）

・使用頻度

③補装具業者について

・希望の業者名：

・業者との相談状況や内容：

④高額な装具・義足の部品を希望する場合、その理由

又は現在使用している装具の種類と今回申請する装具の種類が異なる理由。

6. 日常の生活動作能力（ADL）

①「車椅子」の場合、回答してください。

・乗移り： 自立 ・ 介助（介助方法： _____ ）

・自走： できる ・ できない

②起居動作や座位について

（寝た状態から立ち上がるまでの動作をどのように行っているか、座位を保つことは可能か）

③「車椅子」「座位保持装置」の場合、回答してください。

・どのように座っているか（背もたれや手すりが必要か？椅子が必要か等）

④食事・排泄・更衣・入浴等の状況（自立か介助、介助を要するのはどのような部分か）

・食事： 自立 ・ 介助（介助方法： _____ ）

・排泄： 自立 ・ 介助（介助方法： _____ ）

・更衣： 自立 ・ 介助（介助方法： _____ ）

・入浴： 自立 ・ 介助（介助方法： _____ ）