

面接記録票（肢体不自由・内部障害者用）

氏名			市町村名（担当者名）	（ ）
面接年月日	令和 年 月 日	面接場所	市町村窓口・自宅・他（ ）	
面接方法	面談・電話	本人・家族等（続柄 ）		
他法の適用状況	優先される制度 自動車賠償責任保険： 非該当・該当 ※ 該当の場合は自賠責で対応のこと 労災ファンド： 非該当・該当 ※ 該当の場合は労災で対応のこと 介護保険： 申請済・未申請 ・非該当： 非被保険者（40歳未満・医療扶助）・16特定疾病非該当・要支援介護非該当 ・該当： 要支援・要介護（ ） 非適用理由（施設入所・他 ） ※ 車椅子、電動車椅子は介護保険優先 医療保険での製作（有・無） ⇒以下、有の場合 時期 年 月 医療機関（ ） 業者（今回と同じ・異なる） 補装具種類 短下肢装具（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ）） 義足・義手・他（ ）			
	基礎情報 身長、体重 _____ cm、_____ kg 病歴（発症時期、入退院、現在までの経過を記載） 現在 在宅・施設入所（施設名 ）・入院中（病院名 ） 通院状況 医療機関・診療科名 [頻度] 合併症、治療中の疾病等 糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析・眼疾患（ ）・てんかん発作・他（ ）			
申請に関する情報	現在の補装具について 製作時期 年 月 使用場面（屋内・屋外） [義肢・装具の場合] 着脱（自立・部分介助・全介助） [短下肢装具の場合] 種類（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ）） 申請理由 きつくなった・ゆるくなった・体重の増減・老朽化・破損（部位； ） 身体機能の変化・行動範囲の変化・勧められた（主治医・療法士・業者）・他（ ） 不具合が生じ始めた時期 年 月頃から 傷、痛み等の有無（有・無）⇒有の場合（部位； ） 希望する補装具 現在と（同じもの・異なるもの_____） 本人の訴え（具体的に） 医師の意見書・処方箋、担当療法士等の意見書等の有無（有・無）⇒聴取事項は下記に記載 最近の入院歴、転倒歴、特記事項 ≪確認事項≫ 判定記録のため画像等を撮らせていただくことがあります。御了承いただけますか？（はい・いいえ）			

面接記録票（肢体不自由・内部障害者用）

コミュニケーション：理解面（可・簡単な内容なら可・不可） 表出面（可・単語レベル・Yes/No レベル・不可）			
日常生活動作			
	自 立 度	備 考	
食 事	自立・部分介助・全介助		
排 泄	自立・部分介助・全介助		
入 浴	自立・部分介助・全介助		
整容、更衣	自立・部分介助・全介助		
座位保持	安定・不安定・不可		
立ち上がり	自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
立位保持	自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
移 乗	自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
移 動	自 宅	自立・部分介助・全介助 車椅子・装具の利用（有・無）	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車
	屋 外	自立・部分介助・全介助 車椅子・装具の利用（有・無）	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車
自宅環境 畳・フローリング 生活様式（椅子・和式） 階段利用（有・無）			
家庭構成 単身・同居者（ ）・キープーツ（ ）			
本人の日課 散歩（約 分/週 回/車椅子利用〈有・無〉）・家事・（ ）			
福祉サービスの利用状況			
① 介護保険 デイサービス（週 日）・ホームヘルプ（週 日）・訪問リハ（週 日） 他（ ）			
② 障害者総合支援法			
③ その他の制度			
仕事（有・無）⇒有⇒業務内容（デスクワーク・外回り〈車・電車〉）・軽作業・重労働・（ ） 通勤手段（電車・徒歩・自家用車・（ ））			
自動車の運転 運転免許（有・無）⇒有の場合；現在運転を（している・していない）			
運動障害・可動域制限・変形拘縮・感覚障害・痺れ・循環障害・浮腫・切断・傷・発赤等があれば記載			
身 体 状 況	頭 頸 部		
	体 幹		
	上 肢	右	左
	下 肢	右	左