

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 _____c m、_____k g 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）	
現在の生活状況	移 動	自 宅	自立・部分介助・全介助	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車
			車椅子・装具の利用（有・無）	
	屋 外	自立・部分介助・全介助	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車	
		車椅子・装具の利用（有・無）		
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（ ）・キーパーソン（ ） 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）				
身体状況	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			
	頭 頸 部			
	体 幹			
	上 肢	右	左	
	下 肢	右	左	