

# 自動制御型歩行器貸与に係るチェックリスト

										申請日	年	月	日	
										評価日	年	月	日	
被保険者番号					被保険者名									
住 所		(〒 - )								生年月日	M・T・S	年	月	日
										性別	男・女	年齢		
要支援・要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3				
認定の有効期間		年 月 日			～			年 月 日						
(1) 効果的な利用を図るためのチェックリスト (点数)										合計	申請時点			点
											評価時点			点
基本 チ ェ ッ ク リ ス ト 運 動 項 目	1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか								申請時点	はい (0)	いいえ (2)		
		階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。								評価時点	はい (0)	いいえ (2)		
	2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか								申請時点	はい (0)	いいえ (2)		
		椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。								評価時点	はい (0)	いいえ (2)		
	3	15分位続けて歩いていますか								申請時点	はい (0)	いいえ (1)		
		15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場合は、問いません。								評価時点	はい (0)	いいえ (1)		
	4	この1年間に転んだことがありますか								申請時点	はい (1)	いいえ (0)		
		この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。屋内、屋外の場所は問いません。								評価時点	はい (1)	いいえ (0)		
	5	転倒に対する不安は大きいですか								申請時点	はい (1)	いいえ (0)		
		現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。								評価時点	はい (1)	いいえ (0)		
(2) 利用の目的及び効果 (例：外出機会の増加、閉じこもり防止、リハビリ効果等)														
利用目的 (申請時点)														
効 果 (評価時点)														
利用頻度等記載														
(3) 居宅周辺の地理条件														
(4) 身体状況 (疾病その他の原因による身体の状態など)														
(5) サービス担当者会議における関係機関等から得た意見を記入してください。														
機関名 (職種)								氏名						
意見														

※評価は、使用開始から6ヵ月後に実施してください。