

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）

現在の生活状況		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	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			