

歩行器判定依頼調査書

ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日生 (歳)
住 所	
障害名 等級： (級)	
1 本人の生活状況 (1) 生活場所 ア 在宅 ※日中の活動の場の有無 (あり・なし) ありの場合の仕事先・施設・作業所等 () イ 施設入所：施設名 () ウ 病院入院：医療機関名 () エ その他 () (2) 主な介護者 (母・父・配偶者・子・施設または病院職員・その他 () (3) 補装具の使用状況 (あり・なし) 座位保持装置・座位保持椅子・車椅子・電動車椅子・下肢装具・歩行器 その他 () 2 身体状況・日常生活動作等 身長 c m / 体重 k g ア 寝返りをする (自立・半介助・全介助・不可) イ 足をなげだして座る (自立・支えがあれば可・不可) ウ 椅子に座る (自立・支えがあれば可・不可) エ 立つ (自立・半介助・全介助・不可) オ 歩行 (自立・半介助・全介助・不可) カ 食事 (自立・半介助・全介助・不可) キ 排泄 (自立・半介助・全介助・オムツ使用) 3 歩行器の使用目的 (1) 使用場所 (自宅・施設・職場・作業所・屋外・その他 () (2) 使用目的 (生活全般・就学・就労・その他 () 4 歩行器に係る市町村の意見 (必要性等を具体的に記載すること。借受けの希望があれば内容を詳細に聞き取ってください。) 5 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則 1 種目につき 1 個」の説明 (済 ・ 未)	
調査日 年 月 日 市町村調査者氏名	

※この調査書は市町村の担当者が必要事項を調査のうえ記入すること。必要があれば、施設、病院等に現況を確認すること。

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所						
障害名					等級	級

1 神経学的所見その他の機能障害の所見（該当するものを○でかこむこと）

(1) 原因となった 交通・労災・疾病・先天性・戦傷
 疾病・外傷名 戦災・その他 ()
 発生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日頃

(2) 起因部位： 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()

(3) 運動障害：（下記図示）： 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦
 運動失調・その他 ()

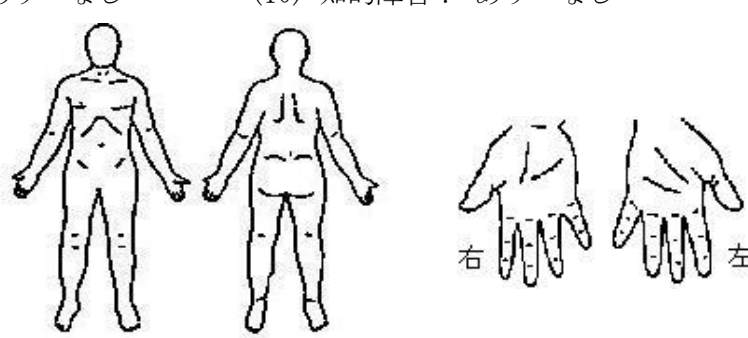
(4) 感覚障害：（下記図示）： 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 () ・なし

(5) 排尿・排便機能障害： あり・なし (6) 言語機能障害： 失語・構音障害・なし

(7) 聴力障害： あり・なし (8) 視力障害： あり・なし

(9) 心肺機能障害： あり・なし (10) 知的障害： あり・なし

参考図示



 運動機能障害
握力 右 () kg 左 () kg

 感覚障害

 離断

 褥瘡

 縮

 変形

体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症（腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他）

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×）
（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りする		シャツを着て脱ぐ	
足をなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
		タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖） 移動する（義肢、装具、車いす）		背中を洗う	
		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を移動する（家の周辺程度） （杖、松葉杖、車いす）		コップで水を飲む	
		洋式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする	
		公共の乗物を利用する	

2 生活地

- (1) 在宅
(2) 施設入所中（施設名 ）
(3) 施設又は就労支援事業所等に通所中（施設名 週 回）
(4) その他（ ）

3 歩行器の使用目的

使用目的：常時多目的・在宅用・就業用・就学用・その他（ ）

※使用場所や使用目的を具体的に記載すること。

4 歩行器処方

- ア 四輪型(腰掛あり)
イ 四輪型(腰掛なし)
(イの加算項目：□サドル □テーブル □後方支持型
□スリング・胸郭支持具 □骨盤支持具)
ウ 三輪型 エ 二輪型 オ 固定型
カ 交互型 キ 六輪型

特例付属品

処方図示：図示又は製品名を必ず記載してください。

5 歩行器の使用効果

※具体的に記載すること。借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記載すること。

また、特例付属品が必要な場合は、特例補装具に係る意見書に付属品ごとの必要性を記載すること。

6 特記事項

※使用者の希望事項などを記載すること。

(借受けの希望 有 ・ 無)

年 月 日

所在地
医療機関名
診療科名

医師名
(記名押印又は署名)

製作予定事業者名

種目名称別コード