

セニアカー(電動車椅子)貸与の必要性のチェック表

※要介護2以上で貸与する場合においても、このチェック表と同じ視点で利用者が適切に利用できているかを確認してください。

記入年月日： 年 月 日

■居宅介護支援事業所名：		■介護支援専門員名：	
■被保険者名：		■被保険者番号：	
■要介護度： 要支援( ) 要介護( )		有効期間 自： 年 月 日 至： 年 月 日	
■傷病名：			
		問題なし ・ 問題ある	
①認知機能に問題ありませんか？ (運転操作に支障はないか？)	問題があると答えた場合 (どのような問題がありますか？)		
		問題なし ・ 問題ある	
②視力・聴力に問題ありませんか？ (運転操作に支障はないか？)	問題があると答えた場合 (どのような問題がありますか？)		
③精神安定剤や睡眠導入剤の服用など安全運転する上で危険性はありますか？		ある ・ なし	
④操作は確実にできますか？ (貸与事業所も確認していますか？)		はい ・ いいえ 〔事業所名： 〕	
⑤万一の事故の対応は確実にできますか？ (連絡等適切に対応できますか？)		はい ・ いいえ	
⑥走行場所は安全ですか？ (傾斜地や交通状況、道路の段差、危険箇所の確認)		はい ・ いいえ	
⑦保管場所はありますか？ (濡れると危険)		はい ・ いいえ	
⑧生活実態は？		独居 ・ 家族と同居	
日常生活にどうしても必要ですか？ 家族やその他の援助で代替案はありますか？			
⑨家族は了解していますか？ (特に安全面について)		はい ・ いいえ 〔確認した家族のお名前： 続柄 〕	
⑩貸与後の用途及び頻度			
⑪⑩について、現在の対応状況			
⑫導入することで、筋力低下を進行させる恐れはありませんか？		なし	
「ある」の場合、筋力低下への具体的な対応策はどのようにしていますか？		ある( )	
⑬自走用車椅子の利用はできませんか？(電動でなければいけない理由)			
上記項目以外に、理由とする事項を記入して下さい。			