

1. 本人に関する情報

姓:		名:		体重:	
ジェンダー:	男性 ☐ 女性 ☐ その他 ☐	年齢:	0-5 ☐ 6-18 ☐ 19-39 ☐ 40-54 ☐ 55+ ☐		
電話番号:		住所:			
他の連絡先:	名前:		電話番号:		

2. 事前評価インタビュー

既知の健康問題		
一時的な負傷: 骨折 ☐ その他 ☐ _____ 下肢切断 ☐ フレイル (虚弱) ☐ 脊髄損傷 ☐ 外傷性脳損傷 ☐ 脳卒中 ☐ 脳性麻痺 ☐ その他 ☐ _____		
歩く能力		
歩けますか?	はい ☐ → 次の質問へ いいえ ☐ → 車椅子を供与	
歩行支援用品を使って歩いても、長距離を歩くのは難しいですか?	はい ☐ → 車椅子を供与	
車椅子の用途		
歩けない、または歩くのが困難な期間は:	短期間 ☐ → 一時用車椅子 長期間 ☐ → 長期用車椅子	
使用環境		
移動 車椅子を使いた いところは:	家の中 ☐	→ ありうる障壁および支援製品が役に立つか話し合う
	周りの地域 ☐	→ ありうる障壁および荒れ地や凹凸のある地面に適した車椅子が役に立つか話し合う
移乗 どこで車椅子へ/ から乗り降りし ますか?	ベッド ☐	あれば → 移乗を教え、他の支援製品が役に立つか検討 本人および/または介助者が不安を感じている  リハビリテー ションサービスへ紹介・相談
	トイレ/シャワー/ 風呂 ☐	
	車両 ☐	
すでに車椅子を持っている人へ		
その車椅子はあなたとあなたのニーズに合っていますか?	はい ☐ いいえ ☐	いいえの場合 → 新規車椅子の事前評価
その車椅子は正しくフィッティングされていますか?	はい ☐ いいえ ☐	
その車椅子は正しく動作していますか?	はい ☐ いいえ ☐	いいえの場合 → パーツ交換/修理を検討

3. 健康状態と座る能力かんたんチェック

褥瘡 (じょくそう)		はい		いいえ	
身体 (腰、お尻、背中など) に褥瘡 がありますか？		☐	褥瘡への圧迫を避け、創傷ケアへの紹介・相談を助言	☐	→ 続行
お尻、大腿、背中が感じなくなって (感覚を失って) いませんか？		☐	どれか「はい」の場合 → 除圧クッションを供与	☐	→ 続行
お尻から体重を移すのは難しいですか？		☐		☐	
以前に褥瘡がありましたか？		☐		☐	
漏出		はい		いいえ	
尿や便の漏れで困っていますか？		☐	失禁評価へ紹介・相談。予備クッションの供与を検討	☐	→ 続行
脚の支え		はい		いいえ	
次の目的で 脚の支えが 必要ですか:	(負傷後) 脚の腫れを抑える	☐	どちらか「はい」の場合 → 脚部挙上機能		→ 続行
	(負傷後) 膝の屈曲を制限する	☐			
	膝下切断後、膝裏をまっすぐに保つ	☐	→ 断端支持板		
車椅子の選択					
利用可能な車椅子を見せて説明。サイズを確定するため座幅を調べる。					
まっすぐに座る能力					
追加の支えなしで、安心して座れますか？		はい ☐ → 車椅子を供与		いいえ ☐ → 車椅子を供与してはならない 座位保持の優先的なフォローアップ	

4. 計画

車椅子供与:	一時的 ☐	座幅:	座面奥行き:	駆動輪位置: 安全 ☐ 活動的 ☐	バックサポート (背もたれ) 高さ: 高 ☐ 低 ☐	重量制限:
	長期的 ☐					
	安全でない ☐					
車椅子オプションを選択:		車椅子クッション ☐ 除圧クッション: 1 枚 ☐ 2 枚 ☐ 脚部挙上機能: 左 ☐ 右 ☐ 断端支持板: 左 ☐ 右 ☐				
教習: 緊急時車椅子ユーザー用 情報リーフレットを参照。		車椅子の取り扱い ☐ 皮膚のケア ☐ こぎ方 ☐ 移乗 ☐ 車椅子の手入れ・メンテナンス ☐				
使用環境: 車椅子でのアクセ スや移乗に困難がある場合		ベッド/椅子の高さを調整 ☐ 可搬式スロープ ☐ 移乗板 ☐ トイレ/シャワー用椅子 ☐ 手すり ☐ その他: _____				

紹介・相談先:	創傷ケア ☐ 失禁の事前評価 ☐ リハビリテーションサービス ☐ 他の支援製品 ☐  _____	
フォローアップ:	優先的にフォローアップ ☐ 紹介・相談先:  _____ 住所変更予定:  _____	フォローアップ日:  _____