

西横浜国際総合病院  
リハビリテーション装具外来 事前情報提供書

作成日: 202 年 月 日

事業所名: (TEL: )

利用者名		担当(P.T/O.T)	
疾患名		発症日	
経過(簡潔で可)			

1. 生活状況・移動環境

移動形態と 耐久性	<input type="checkbox"/> 屋内のみ歩行(屋外車いす) <input type="checkbox"/> 屋内外歩行 <input type="checkbox"/> 屋内外車椅子中心 連続歩行距離/時間( 屋内 ・ 屋外 m ・ km ・ 分 )		
補助具	<input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
屋内歩行様式	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	屋外歩行様式	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 家族介助不可
環境と利用	<input type="checkbox"/> 坂道利用あり <input type="checkbox"/> 自宅内階段利用あり <input type="checkbox"/> 玄関前段差、上がり框利用あり		

2. 身体特性・リスク管理

Br.stage	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 上肢/手指/下肢( / / )		
足関節可動域	背屈(膝伸展位)(右: 左: )度	浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 変動あり <input type="checkbox"/> 常時 )
体重変動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (直近で kg 程度の増減あり)		

3. 装具の着脱状況

介助区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
工夫・要望	(例: カンの左右位置、カンの固定力、ベルト色、靴使用のため前足部ベルト不要、ベルトを長めにして他ベルトに止めておきたいなど)

4. 現在の装具および課題(使用中の場合)

装具名	
主な課題と歩行パターンなど	(例: 内反癒性、前方滑り、疼痛、重量、安定性不足、分回し、反張膝、クリアランスの低下など)

5. 新規作成への要望・提案(セラピストより)

(例: 支持性を重視したい、着脱の自立を最優先したい、金属製からプラスチック製へ移行したい、足継手付にしたい、踵補高の必要性、坂道歩行機会があるため初期背屈角度〇度など)
---