

(様式1)

年 月 日

電動四輪車(三輪車)の貸与に関するチェックリスト

保険者番号()

利用者氏名()

生年月日(年 月 日)

介護支援専門員氏名()

○ 電動カーはどんなときに使いますか				
1	食料品等の買物をするため	はい	1. 毎日 2. ()回／週 3. ()回／月	いいえ
2	通院するため(本人の治療等のために限る)	はい	1. 毎日 2. ()回／週 3. ()回／月	いいえ
3	郵便局や銀行等に行くため	はい	1. 毎日 2. ()回／週 3. ()回／月	いいえ
4	その他の利用目的(具体的に記入)		1. 毎日 2. ()回／週 3. ()回／月	
○ 家族等の状況についてお尋ねします				
5	一人暮らしである	はい	いいえ	
6	高齢者のみの世帯である	はい	いいえ	
7	家族等が買物や病院等の送迎をできない	はい	いいえ	
8	その他(暮らしを取り巻く環境についての特記事項)			
○ 介護支援専門員の意見(電動四輪車(三輪車)の利用について)				
9	操作方法是理解できますか	はい	いいえ	
10	管理や安全面での問題はありませんか	はい	いいえ	
11	現在使っておられる介護(予防)サービスで代替できるサービスはありませんか	ない	(ある)	
(電動四輪車(三輪車)貸与に関する意見等)				
※市町記入欄 (受領日) 年 月 日				
(貸与の適否に関するコメント)				