

福祉タクシー利用に関するチェックリスト

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日	身体障害者手帳所持状況	1 級 ・ 2 級 手帳番号：
難 病	病名：			特定医療費（指定難病） 受給者証	あり ・ なし 受給者番号：

※ 該当するものにチェックをしてください。「重度」に3つ以上該当する場合、助成対象となります。

	軽 度	中 等 度	重 度
介助者による全面的な医療的 ケアを必要としている	☐ 必要としていない。	☐ 夜間のみなど常にはない が必要としている。 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 経管栄養（胃ろう等） ☐ 吸引（気管内吸引等）	☐ 日常的に常時必要として いる。 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 経管栄養（胃ろう等） ☐ 吸引（気管内吸引等）
寝たきり度	☐ 介助により外出し、日中は ほとんどベッドから離れて 生活する。	☐ 日中もベッドの上での生活 だが、車いすに移乗し、食事 や排せつはベッドから離れ て行う。	☐ 日中をベッドの上で過ごし、 排泄、食事、着替のいずれに おいても介助者の援助が全 面的に必要な。
座位保持	☐ 支えなしで座位を保持でき る。	☐ 背もたれや座位保持装置等 で固定すれば座位を保持で きる。	☐ 背もたれや座位保持装置等 で固定しても座位を保持で きない。
移乗	☐ 介助なしで移乗できる。	☐ 見守りや手を添える、体幹を 支えるなど一部介助が必要。	☐ 抱える、運ぶなど全面的な介 助が必要。
移動方法	☐ 杖や歩行器を使用せずに自 力で移動が可能。	☐ 杖や歩行器等につかまって 歩行が可能、又は車いすを自 力で操作して移動が可能。	☐ 車いすやストレッチャー等 を使用して、全面的な介助が あれば移動が可能。
意思の伝達	☐ 常時、誰にでも意思を伝える ことができる（筆談、ジェス チャー等も含む）。	☐ 内容や状況等によって、意思 を伝えることができる時と できない時がある。	☐ どのような方法を用いても 意思を伝えることができない。

※ 「医療的ケア」とは医師や看護師などが行う医療行為と同じことを介助者が行うことを言います。

※ 直近1ヶ月の状態で回答してください。