

## 歩行支援ロボット「リゲイト」使用に係る問診票

問診日          年          月          日

### 1. 基本情報

|        |   |     |        |                     |
|--------|---|-----|--------|---------------------|
| フリガナ   |   | 性別  | 生年月日   | 年    月    日 (    歳) |
| 氏名     |   | 男・女 | 連絡先    | TEL:                |
| 住所     | 〒 |     |        | mail:               |
|        |   |     | かかりつけ医 |                     |
| 病名     |   | 発症日 |        | 続柄                  |
| 既往・入院歴 |   |     |        |                     |

### 2. 身体・動作の状況

|                        |          |     |     |       |
|------------------------|----------|-----|-----|-------|
| 主な歩行手段                 | 屋内:      | 屋外: | 麻痺側 |       |
| 連続歩行可能な距離・時間           | m以上      |     | 分   | 靴のサイズ |
|                        |          |     |     | cm    |
| 介助なしで立ち上がれますか?         | はい       |     | いいえ |       |
| 介助なしで歩けますか?            | はい       |     | いいえ |       |
| 杖が必要ですか?               | はい       |     | いいえ |       |
| 装具は使用しておられますか?         | はい       |     | いいえ |       |
| 使用しておられる装具の種類          |          |     |     |       |
| 麻痺側のもも上げが出来ますか?        | はい       |     | いいえ |       |
| 座って麻痺側の膝伸ばしが出来ますか?     | はい       |     | いいえ |       |
| 麻痺側の足首が動かせますか?         | はい       |     | いいえ |       |
| 足首が直角以上、手伝ってもらい起こせますか? | はい       |     | いいえ |       |
| 足に力が入りやすいですか? (痙性の調査)  | はい       |     | いいえ |       |
| 上記が「はい」の場合の詳細          | 内反尖足の状況等 |     |     |       |

### 3. 言葉・食事の状況

|  |    |     |
|--|----|-----|
| 呂律が回らずしゃべりにくさがありますか?   | はい | いいえ |
| 言葉が思い出せない等失語症がありますか?   | はい | いいえ |
| 飲み込みはできますか?  | はい | いいえ |
| 食事の状態について、重度の嚥下障害、経口摂取不可、経管栄養ではないか、また糖尿病食の場合の食事メニュー等があればご記入ください。 |    |     |

### 4. その他の後遺症・症状等

|  |
|--|
| 認知症、問題行動、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害、怒り易い、訓練に拒否的等）が強い場合、ADL全介助、尿便意（-）、重度失語症等があればご記入ください。 |
|--|