

福祉有償運送の対象とすることの妥当性を確認するためのチェックシート

年 月 日

利用者番号:	団体名 ()		
福祉有償運送を必要とする理由	ロ	精神障害者	
	ハ	知的障害者	
	ホ	要支援1	要支援2
	ヘ	基本チェックリスト該当者	
	ト	肢体不自由 内部障害 知的障害 精神障害 その他 ⇒障害の内容()	

	項目	移動を困難とする具体的状況	該当に○
1	座位保持	移動する車や電車の中で一人で座位を保持することが困難	
2	立位保持	10分以上一人で立っていることが困難	
3	単独歩行	10分以上一人で歩くことが困難	
4	単独乗降	一人で車を乗り降りすることが困難	
5	外出準備	一人で外出の準備をすることが困難	
6	金銭授受	一人で料金の支払いを行うことが困難	
7	視力障害	10m先の車を見分けることが困難	
8	意思伝達	自分の意思を伝えることが困難	
9	被害妄想	物を盗られたなどと被害的になることがある	
10	幻聴幻覚	実際にはないものが見えたり聞こえたりすることがある	
11	暴行暴言	理由なく他人に暴力をふるったり暴言をはくことがある	
12	大声・奇声	理由なく大声をあげたり奇声を発したりすることがある	
13	強い拘り	特定の物や人や行動パターンに対する強いこだわりがある	
14	多動・行動停止	突然動き回ったり、全く動かなくなったりすることがある	
15	パニック	突然大声で泣き叫んだり暴れだしたりすることがある	
16	自傷行為	自分をたたいたり傷つけたりすることがある	
17	破壊行為	むやみに器物を触ったり叩いたり壊したりすることがある	
18	対面緊張	他人に対する不安や緊張が強い	
19	てんかん発作	てんかん発作を起こすことがある	
20	嘔吐・出血	嘔吐・出血・めまいなどが頻繁に起こる	
21	その他		