

様式第3号（第5条関係）

基本チェックリスト（人工透析通院用）

年　月　日

記入者 住所

氏名

電話番号

利用者との関係（ ）

利 用 者	氏名	<input type="checkbox"/> 記入者と同じ	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 記入者と同じ		
担当事業所		<input type="checkbox"/> 有（事業所名） <input type="checkbox"/> 無		
担当ケアマネジャー 担当相談員		<input type="checkbox"/> 有（担当名） <input type="checkbox"/> 無		
身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 有（障害内容） <input type="checkbox"/> 無		
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
人工透析による通院日		<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日		
No.	質問項目		回答：いかに○印 を付けてください。	
1	身体障害者手帳をお持ちですか		はい	いいえ
2	人工透析療法のために通院していますか。		はい	いいえ
3	自宅で生活されていますか。		はい	いいえ
4	バスや電車を身体的な介助なく、1人で利用できますか。		はい	いいえ
5	タクシーを身体的な介助なく、1人で利用できますか。		はい	いいえ

※ 「身体的な介助」は、利用者の自室から玄関までの移動と乗降車の際に行われる  
介助を指します。

(裏面)

## 注意事項

- 1 チェックリストの内容と事業利用者の実態が異なることが発覚した場合は、遡って利用料金を納めていただきます。
- 2 このチェックリストの対象の方は、人工透析療法による通院時のみ本事業を利用することができます。
- 3 施設入所された場合は、本事業を利用いただけなくなります。
- 4 本事業の利用登録を更新する場合は、毎年 6 月 30 日までに更新手続を行う必要があります。また、事業の対象要件に該当しない場合は登録が解除となり、事業を利用いただけなくなります。