様式第11号

車椅子調査書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日生（　　　歳） |
| 保険種別 | 国保・社保・共済・労災・生保・その他（　　　　　　　） | | | |
| 職　　業 | （障害前） | | | |
| （現　在） | | | |
| 自家用車 | 本人が使用する自家用車が　　　ある　　・　　ない | | | |
| 運転免許 | 本人は自動車免許を　　　　所持している　　・　所持していない | | | |
| 使用環境 | 屋内使用　　　可　・　不可 | | 戸外使用　　　可　　・　　不可 | |
| 使用目的 | いつも足の代わりに使う・介護による移動の時・その他（　　　　　　　） | | | |
| 使用場所 | 自宅内・戸外・その他使用する場所（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 操作方法 | 自操できる・押してもらう | | | |
| 乗り降り | 自力でできる・介助を要する | | | |
| 使用経験 | 車椅子を使用したことが　　　ある　・　ない | | | |
| 入院状況等 | 在宅・入院中・入所中　　・病院名（　　　　　　）・退院の予定（　　　年　　月頃）  　　　　　　　　　　　　 ・施設名（　　　　　　）・退所の予定（　　　年　　月頃） | | | |
| 介護者の  状況等 | （日常介護を受けている場合、介護者の続柄､年齢､健康状態などを記載） | | | |
| 車椅子付属品(特例)  の必要な理由 |  | | | |
| 車椅子使用についての市町村の意見 | （※　車椅子を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。）  調査者：職・氏名 | | | |

（注）この調査書は、車椅子の必要性や使用する環境について､市町村の身体障がい者福祉担当者が実

際に調査を行って記載してください。該当項目に○印をしてください。