様式第12号

電動車椅子調査書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　　　　名 |  | 生年月日　 | 　　年　　月　　日(　　歳) |
| 住　　　　　　　　所 |  |
| 手　　帳　　番　　号 | 　　　　　　　号 | 等級 | 種　　　　級 |
| 障　　　　害　　　名 |  |
| 補装具交付歴 | （名称）　　　　　　　　　　　　　（交付年月） |
| 希望する電動車いすの形式 | 標準型（低速用）　標準型（中速用）　１　手動リクライニング機構２　電動リクライニング機構３　電動ティルト機構４　電動ティルト・リクライニング機構５　電動リフト機構 | 簡易型（切替式・アシスト式）　１　リクライニング機構２　ティルト機構３　ティルト・リクライニング機構 |
| 交付を希望する理由 |  |
| 調査項目 | 記載欄 |
| 生活状況 | 就労・社会参加等の状況 |  |
| 家族構成（家族介護の状況） |  |
| その他参考事項 |  |
| 障害の状況 | 受療している医療機関 |  |
| 日常生活の介助の状況（ADLの状況） |  |
| 室内・外の移動能力 |  |
| 使用者条件 | 視覚障害 | 　有（程度　　　　　　　　　　　　　）　　　無 |
| 聴覚障害 | 　有（程度　　　　　　　　　　　　　）　　　無 |
| 交通法規の理解･遵守（面接により確認） |  |
| 操作能力 | 使用経験の有無 | 　　　　　有　　　　　　無 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 環境 | 使用する場所（電動車椅子を必要とする場所） |  |
| 道路状況（坂道、悪路、交通量等の状況） |  |
| 危険な場所の有無 |  |
| 移動時の介助者の必要性 |  |
| 使用頻度 |  |
| 電動車椅子使用についての市町村の意見 | （※　電動車椅子を必要と認める理由が明確になるよう記載願います。）調査者：職・氏名　　　　　　　　　　　 |

必要に応じて地図､状況図等を作成する。