

補装具支給調査書・車椅子用別紙(施設・オーダーメイド)

氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)
疾患名		入所年月日	年 月
障害名			種 級
現在使用中の 車椅子	機種	・普通 } 型 ・手押し } ・普通 ・ティルト ・リクライニング ・リクライニングティルト } 式車椅子 (・ オーダーメイド ・ レディメイド)	
	購入方法	①施設のもの	②自費購入 ③総合福祉法による(年支給)
	不都合な理由		
<新規の方のみ> 車椅子の使用に ついて	車いすが必要に なってきた理由		
	試乗経験 有・無	<有の場合> ①試乗期間 約 _____ 日間 _____ 年 _____ 月頃 ②試乗したもの _____ 式 _____ 型車椅子 ③主として使用した場所 _____ (施設内など)	
車椅子の使用に 関して	車椅子への 移乗	①全介助 ・1人介助 ・2人介助 ・リフターを利用 ②一部介助 ・介助の必要な部分 (_____) ③自立 ・立位から車椅子へ ・座位から車椅子へ ・その他 (_____)	
	車椅子の操作	①車椅子操作(屋内) ・自分でこげる ・自分でこげるが介助も必要 ・自分でこげない ②車椅子操作(屋外) ・自分でこげる ・自分でこげるが介助も必要 ・自分でこげない ③操作方法 ・両手でこぐ ・両足でこぐ ・手押しで介助 ・その他(_____)	
使用目的	施設内使用	移動 余暇活動の活用 その他(_____) 頻度 _____ 時間帯 _____ (半日等)	
	屋外使用 有・無	買い物 散歩 通院 その他(_____) 頻度 _____ 時間帯 _____ (2時間程度等)	
その他 意見及び 必要性			

年 月 日 施設名

担当者名