

補装具支給調査書(電動車椅子)

氏名			生年月日	年	月	日生 (歳)
疾患名			介護認定	有() ・ 無		
障害名			種 級			
現在の生活の場所	①在宅 ・ 自宅 ・ アパート	②施設等 () ※ 年 月頃入所	③病院入院中 (月ごろ退院の予定 ・ 退院の予定無し) ※退院予定の方はその後の生活場所をお書きください ()			
使用目的	屋内使用 有 ・ 無	自宅内 施設内(ディサービス等) 職場内 その他() 頻度 時間帯 (半日等)				
	屋外使用 有 ・ 無	買い物 散歩 通勤 通学 通院 その他() 頻度 時間帯 (2時間程度等)				
使用する場所の状況	屋内の状況	・ 自宅内での電動車いすの使用は可能か(住宅改修の有 ・ 無) () ・ ディサービスの送迎車もしくは自宅の車に電動車いすを乗せることは可能か 想定していない 想定している (可能 ・ 検討中) ()				
	屋外の状況	・ 周辺の道路状況(安全性について) () ※坂道等、道路状況で電動が必要となる場合は自宅周辺地図を添付してください				
介護状況	・ 主な介護者 (配偶者 子 子の配偶者 その他()) ・ 介護者の状況 (年齢など) () ・ 介護者と一緒に過ごす時間 ()					
電動車椅子の 適応性	<新規の方のみ> 電動車いすが必要 になってきた理由					
	<新規の方のみ> 試乗経験 有 ・ 無		<有 の場合> ①試乗期間 約 日間 平成 年 月頃 ②試乗したもの (YAHAMA JW-1等) ③主として使用した場所 (家の中等)			
	・ 駆動方法 ・ 駆動身体部位 ・ 移乗 ・ 安全性について ・ 褥創について		ハンドリム / ジョイスティック / その他() 両手 / 片手(右・左) / 下肢 / その他() 自立 / 介助部分() () 有(部位) ・ 無 ・ できたことが在る(部位) その他状況について()			
その他意見及び 必要性						