

退院見込み調査票

申請者	住所					
	氏名		入院先病院名			
手帳の障害名				等級	種	級
				年	月	日交付
				年	月	日再交付
1. 車椅子の申請 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再支給 <input type="checkbox"/> 前回支給 年 月 日						
2. 他に使用している補装具						
3. 車椅子の使用目的(具体的に記入してください)						
(1) 入院中						
(2) 退院帰宅後						

帰宅後の家庭内外での使用状況等						
<input type="checkbox"/> 家庭内での使用 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部可能						
<input type="checkbox"/> 屋外・・・庭及び周辺道路は使用可能な地形環境であるか。 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適						
<input type="checkbox"/> 車椅子への移乗 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
<input type="checkbox"/> 介助が必要な場合介助する家族が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない						
4. いつからどんな病気で入院しているか。						
5. 障害の現症						
6. 退院の見込み <input type="checkbox"/> 概ね <input type="checkbox"/> ケ月後 退院見込みのない場合(理由)						
令和 年 月 日						
市町村担当者 所属 <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 氏名 <input type="text"/> 印 <input type="text"/>						