

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 イ.新規 ロ.再支給 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				
○ 家庭内での使用 可 ・ 不可 ・ 一部可能				
○ 屋 外・・・庭及び周辺道路は使用可能な地形環境であるか。				
適 ・ 不適				
○ 車椅子への移乗 可 ・ 不可				
○ 介助が必要な場合介助する家族が いる ・ 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 概ね ヶ月 後				
退院見込みのない場合(理由)				
年 月 日				
市町村担当者		所属		
		職名		氏名