

## 電動車椅子申請に基づく実態調査表

申請者	住所			
	氏名		MT SHR	年 月 日 ( 歳)
身障手帳の 障害名			等級	種 級
			年 月 日 交付	
		療育手帳 の等級		
現 況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名 _____ ) <input type="checkbox"/> 入院中 (病院名 _____ ) <input type="checkbox"/> 通院中 (病院名 _____ ) 既往症			
1 身体状況について (1) 上肢機能          (2) 下肢機能          (3) その他(呼吸器・心臓機能障害、視野・視力障害、聴力障害等)				
2 日常生活・社会活動状況				
3 補装具の所持・使用状況 ※補装具の種類に係わらず全て記入してください。				
		種類	支給日	使用状況

#### 4 電動車椅子

(1) 電動車椅子でなければならない理由及び使用目的

[ ]

(2) 電動車椅子を安全に操作する能力について

- ① 電動車椅子の使用経験  有  無  
(使用期間: 年 月 日～ 年 月 日、約 年 月間)
- ② 電動車椅子に対する使用方法の理解(充電の理解も含む)  有  無
- ③ 信号機・道路標識等の理解  有  無
- ④ 歩行者等の保護に対する判断能力  有  無

(3) 電動車椅子使用に関する家族・介助者・施設の賛同  有  無

(4) 保管場所の有無  有  無  
※「有」の場合の保管場所( )

《必須添付書類》

- ① 主な使用場所が分かる**地図**
- ② 使用場所(建物)内の廊下幅・距離、入口幅 等を記入した**見取図**
- ※①、②には、危険箇所(交通量の多い道路や交差点、段差、狭小な廊下等)及び保管場所を表示すること。

5 施設入所者の場合、施設備品では対応できない理由等

6 電動車椅子要否についての調査員の意見

調査日

年 月 日

調査員 所属・氏名

注) 調査書は判定依頼の担当者が記入してください。