

電動車椅子交付判定に係る調査書

様式4

フリガナ		生年 月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)	
1 氏 名				
2 原因疾患及び 発症年月日 経過	①発症年月日 年 月 日 ②受診病院 _____ ③経過 _____			
3 歩行機能の現況 と手動車椅子の 使用困難な状況	①走行距離 _____ 使用補装具 _____ ②車椅子使用歴 _____ ③自走困難な状況 _____			
4 使用目的と その区域 (地図を添付)	(1) 目的	①	②	③
	(2) 目的場所			
	(3) 住居からの距離	約	約	約
	* 地図上で赤く経路を示し、危険と思われる箇所を表示する。			
5 危険箇所と その対応	危険箇所の状況 (写真添付) 解決策 _____			
6 操作訓練及び 事後指導に ついて	(1) 操作訓練の具体的方法 _____ (2) 管理と問題点 _____			
7 家族状況 及び住宅改造の 状況	家族状況及び主たる介護者 _____ 住宅改造 _____			
8 担当者所見				

調 査 日

令和 年 月 日

担当者職氏名 _____