調査書（電動車いす）

氏名・年齢	（　　歳）	
医療保険	□国民健康保険　□社会保険　□後期高齢　□生活保護	
要介護度	要支援□１・□２　要介護□１・□２・□３・□４・□５	
治療中の疾病等		
同居家族	□配偶者　□子　□父親　□母親　□その他（　　）	
現在の 生活場所	□自宅（□一軒家　□マンション　□アパート　□公営住宅　□その他） □施設（種類：　　名称：　　入所年月日：　　） □医療機関（名称：　　入院日：　　退院予定日：　　）	
訪問介護	□なし	
	□あり	週　　回、時間帯：　　時～　　時、 内容：
職業	□無職　□就業（職種・職務内容：　　）	
使用中の補装具		
電動車椅子の 使用経験	□なし	
	□あり	使用期間　　年　　月　～　　年　　月（約　　年）
使用目的 ※使用する場面をすべて☑・記入してください。	□自宅内（入所施設内を含む。）での試用 □通院時（病院名：　　、　　回／週・月） □通所時（病院名：　　、　　回／週・月） □通勤・通学時（通勤・通学先：　　） □職場　・　学校内　・　通所施設内　での使用 □自治会等の活動　頻度：　　回／週・月 活動内容（　　） □その他（内容・頻度等 　　）	
使用場所・状況	１　エレベーター移動	□なし　□あり（□自立　□介助が必要）
	２　ドアの開閉	□なし　□あり（□自立　□介助が必要）
	３　玄関・ドアの施錠	□不要　□必要（□自立　□介助が必要）
	４　トイレでの移乗	□自立　□半介助　□全介助
	５　公共交通機関	□なし　□あり（□バス　□ＪＲ　□市電） 乗車区間：
電動車椅子の 保管場所、 移乗等	保管場所	
	移乗方法	起床後、保管場所までの移動方法、移乗方法（自力で可能か、介助を要するかなど）を詳しく記載してください。

調査書（電動車いす）

利用場所での試乗	□した（立会者：　　）	□していない	
操作能力	(1)操作ノブ、ハンドル等の操作	□できる	□できない
	(2)メインスイッチ、速度切替	□できる	□できない
	(3)発信と停止	□できる	□できない
	(4)速度(低速・高速等)調節	□できる	□できない
	(5)直進走行（直線・蒲鉾・片傾斜道路）	□できる	□できない
	(6)Ｓ字クランク・走行	□できる	□できない
	(7)坂道走行（発進、停止を含む。）	□できる	□できない
	(8)溝・段差乗り越え走行	□できる	□できない
	(9)旋回	□できる	□できない
	(10)非常時の対応	□できる	□できない
車椅子の自走能力	□できる　□すこしできる　□まったくできない		
	「できる」または「すこしできる」の場合、具体的にどの程度自走可能か記載してください。 （例：平坦地で 10m程度ならできるが、少しの段差も乗り越えられない。腕の力がなく、2～3m動いたら休憩が必要。）		
電動車椅子の必要性	現状の移動時の困りごと、介助者による移動支援が受けられず一人で移動する必要がある具体的な状況、電動ではない車椅子では対応できない理由をできるだけ詳しく記載してください。		
リクライニング・ティルト・ティルトリクライニング・リフト機構を必要とする理由	（該当しない場合は記載不要です）		