

調査書（姿勢保持装置）

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		
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:)		
職業	☐ 無職 ☐ 就業 (職種・職務内容:)		
使用中の補装具			
定期的な通院	☐ なし		
	☐ あり	通院先	頻度
			回/月
			回/月
		通院方法	☐ 自家用車 ☐ 公共交通機関 ☐ その他 ()
施設通所	☐ なし		
	☐ あり	通所先	頻度
			回/週
			回/週
		通所方法・姿勢保持装置搭載	☐ 自家用車 () ☐ 施設送迎 () ☐ 自家用車 () ☐ 施設送迎 () ※ ↑ () 内に、搭載可否を○×で記入
訪問介護・訪問看護等サービス利用状況	☐ なし		
	☐ あり	種類	頻度
		☐ 訪問(重度訪問)介護	回/週・月
		☐ 訪問看護	回/週・月
		☐ デイサービス	回/週・月
		☐ 通所リハビリ・デイケア	回/週・月
所有中の姿勢保持装置 ※レンタルは「なし」	☐ なし		
	☐ あり	(1)費用 : ☐ 自費購入 ☐ 制度購入 (2)購入年 : 年 (3)フレーム: ☐ 木材 ☐ 金属 ☐ 車椅子 ☐ 電動車椅子 ☐ 完成用部品 (小車輪・大車輪) (4)使用場所: ☐ 自宅 ☐ 施設・学校 ☐ その他 () (5)修理可能性の業者への確認: ☐ した ☐ していない→確認後の申請を。 (6)修理不可の理由: (2 個お持ちの場合) (1)費用 : ☐ 自費購入 ☐ 制度購入 (2)購入年 : 年 (3)フレーム: ☐ 木材 ☐ 金属 ☐ 車椅子 ☐ 電動車椅子 ☐ 完成用部品 (小車輪・大車輪) (4)使用場所: ☐ 自宅 ☐ 施設・学校 ☐ その他 () (5)修理可能性の業者への確認: ☐ した ☐ していない→確認後の申請を。 (6)修理不可の理由:	

調査書（姿勢保持装置）

申請理由	今回の申請のきっかけを記載してください。 買替の場合は買替が必要な理由（身体状況の変化、故障の場合は破損部位など）を詳しく記載してください。
一日の流れ	一日の流れを記載してください。（起床からの移動先、申請する姿勢保持装置の使用タイミング（予定含む）、介護サービスの利用状況等）
活動状況	姿勢保持装置を使用することでどれくらい日常生活動作ができるようになるか記載してください。（「座位がとれるようになる」ではなく、「座位が安定し、褥瘡が予防できる」「座位がとれるようになり、食事や勉強が自立でできる」など何ができるようになるのか、具体的に）
主治医や見積業者意見	申請にあたり、主治医や見積業者から注意事項や助言があれば記載してください。

【車椅子・電動車椅子機能付きの姿勢保持装置申請の方】

- ・車いす・電動車椅子の調査書もご提出ください。（この調査書と重複する質問は回答不要です）

【姿勢保持装置（車椅子機能含む）2台申請の方】

- ・職業または教育上特に必要なと認められる場合にのみ2個目の支給が受けられることとなるため、後日担当から2台の使用場面や使い分けが必要な理由について質問させていただく場合があります。ご了承ください。