

電動車いす支給調査書

本人	ふりがな 氏名		男女	年 月 日 生 歳
	住所			
	手帳番号	県 号	等級	交付年月日 年 月 日
	障害名			
	施設入所	有・無 施設名		
家庭環境	家族構成			介護者 保守点検者
生活状況	職業	職業 有・無（自営・雇用・その他） 職種 作業内容（車椅子のまま、降りて） 職場 自宅・通勤		
	日常生活	介護の程度（必要なし・時々必要・常時必要） 車椅子使用（手押し型・普通型・オーダー）		
	その他の参考事項			
使用環境	地域 住居の種類 使用目的	商店街・住宅街・その他 自家・借家（公営・民間・病院） 施設 室内の日常生活・散歩、近所回り程度・通院、買物、諸用事、 会合出席、公共施設への往復・生業に必要 〔 〕		

使用環境	住居の状況	室内の段差 有・無 (cm) 改良 可・否
		出入口の段差 有・無 (cm) 改良 可・否 有・無 (cm) 改良 可・否
	道路の状況	段差 5 cm以上 (有・無) 坂道 (有・無) 路面 (舗装 未舗装) 路面の状況 (良・普通・不良) 踏切り (有・無) 交通量 (多い・普通・少ない)
	その他の参考意見 (障害状況等)	
	判定方法	来所 訪問判定
	調査実施日	年 月 日 調査職員氏名

電 動 車 い す 処 方 箋

氏 名		男女	明・大・昭・平	年 月 日 生 歳
住 所	TEL () -			
病 名		医 学 的	体 重 K g	車 椅 子 へ の 移 乗
職 業 (具 体 的 に)		所 見		
主 な 使 用 場 所	屋 内 ・ 屋 外 ()			
種 類	1. 標準型 2. リクライニング式 3. その他			車 名
車 体	1. 背もたれ傾斜角度調節 2. 背もたれ着脱 3. アームレスト着脱 4. フットレスト挙上式 5. 車体の折りたたみ 6. 手押し走行 7. 補助ブレーキ 8. その他			
	寸 法	1. メーカー標準 2. 指定 a) シート幅 cm b) シート高 cm c) その他		
バッテリー	1. 一般自動車用 2. その他		充 電 器	1. 内蔵 2. 独立
制 御 (ジ ョ イ ク ス テ イ ッ ク	操 作 源	1. 上肢 2. 頭部 (チン、マウス、額) 3. 音声 4. その他		
	制 御	1. 位 置 a) 右 b) 左 c) その他 a) 固定式 b) 調節式 c) 移動式		
	ボ ッ ク	2. スイッチ a) メーカー標準 b) 指定		
	イ ス テ	3. レバーの形 a) メーカー標準 b) 指定		
	イ ッ ク	4. レバーの長さ a) メーカー標準 b) 指定 cm 5. レバーの抵抗 a) メーカー標準 b) 指定 (現物で指定) (重さ)		
付 属 品	1. シートベルト 2. バックミラー 3. 警笛 4. シートクッション 5. その他			
備 考 (指 定 、 そ の 他 の 内 容 、 患 者 希 望 な ど を 記 入)				
処 方	年 月 日 氏 名 印	適 合 判 定	年 月 日 氏 名 印	

※身体障害者福祉法15条指定医師により作成のこと。