

補装具支給調査書・車椅子用別紙(施設・オーダーメイド)

氏名			生年月日	年	月	日生(歳)
疾患名			入所年月日	年	月	
障害名			種 級			
現在使用中の 車椅子	機種	<ul style="list-style-type: none"> ・普通 ・手押し } 型 <ul style="list-style-type: none"> ・普通 ・テイルト ・リクライニング ・リクライニングテイルト } 式車椅子 (・ オーダーメイド ・ レディメイド)				
	購入方法	①施設のもの	②自費購入	③総合福祉法による(年支給)		
	不都合な理由					
<新規の方のみ> 車椅子の使用に ついて	車いすが必要に なってきた理由					
	試乗経験 有・無	<有の場合> ①試乗期間 約 日間 年 月頃 ②試乗したもの 式 型車椅子 ③主として使用した場所 (施設内など)				
車椅子の使用に 関して	車椅子への 移乗	①全介助 ・1人介助 ・2人介助 ・リフターを利用 ②一部介助 ・介助の必要な部分 () ③自立 ・立位から車椅子へ ・座位から車椅子へ ・その他 ()				
	車椅子の操作	①車椅子操作(屋内) ・自分でこげる ・自分でこげるが介助も必要 ・自分でこげない ②車椅子操作(屋外) ・自分でこげる ・自分でこげるが介助も必要 ・自分でこげない ③操作方法 ・両手でこぐ ・両足でこぐ ・手押しで介助 ・その他()				
使用目的	施設内使用	移動 余暇活動の活用 その他() 頻度 時間帯 (半日等)				
	屋外使用 有・無	買い物 散歩 通院 その他() 頻度 時間帯 (2時間程度等)				
その他 意見及び 必要性						