

様式3

電動車椅子支給調査書

本人	ふりがな 氏名				年 月 日 生	
	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	商店街・住宅街・その他				
	住居の種類 使用目的	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 出入り口の段差 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 調査実施日	来所 訪問判定 年 月 日 調査職員 市・町 氏名