

電動車椅子操作能力等調査票

本人氏名				年 月 日 生
障害名				等級 種 級
車椅子使用状況				
① 電動車椅子	有 (年頃～)	無		
	[自費購入	福祉法による交付	()	から借用]
	*形式 (普通型・手動兼用型・その他)			
	*最近の福祉法による交付 (年 月)			
② 手動式車椅子	有 (年頃～)	無		
	[自費購入	福祉法による交付	()	から借用]
	*形式 (普通型・リクライニング式普通型・片手駆動型・スポーツ型・その他)			
	*最近の福祉法による交付 (年 月)			
③ 介護用車椅子	有	無		
	[自費購入	福祉法による交付	()	から借用]
	*最近の福祉法による交付 (年 月)			
電動車椅子の操作能力				
① 乗 降	自分で可	部分介助	全面介助	
② 基本操作				
ア 操作ノブなどの操作	できる	練習すれば可	できない	
イ スイッチ・速度切り替え	できる	練習すれば可	できない	
ウ 発進・停止	できる	練習すれば可	できない	
移動操作				
エ 速度調節	できる	練習すれば可	できない	
オ 直進走行	できる	練習すれば可	できない	
カ S字・クランク走行	できる	練習すれば可	できない	
キ 坂道走行	できる	練習すれば可	できない	
ク 溝・段差乗り越え走行	できる	練習すれば可	できない	
ケ 旋回	できる	練習すれば可	できない	
コ 非常時の対応	できる	練習すれば可	できない	
③ 交通法規の理解	十分理解できる	部分的に理解できる	できない	
④ 視力・聴力の障害	有 (状況)	無	
手動式車椅子の操作能力【電動車椅子簡易型の場合のみ】				
・平坦路の操作……	可 (m程度)	困難	
年 月 日	調査者所属名			
	調査者職・氏名			

*操作能力の評価は15条指定医もしくはその指示の下に理学療法士において記載してください。