＜参考様式＞

補　　装　　具　　調　　査　　書

　　　　　　　　　　　　男

　　　　　　　　　　　　　　　女　　　　　　　年　　　　月　　　　日生

希望補装具名

　　　　　　　・車椅子　　　　・座位保持装置

１　本人の居住環境

　（１）生活状況

　　①入院中　　　　　　　　　病院名　　（　　　　　　　　　　　　　　）

退院予定　　　　　・なし　　　・　未定

　　②施設入居　　　　　　　　施設名　　（　　　　　　　　　　　　　　）

　　③在　宅　　　　　　　　　一戸建て　・集合住宅（　　階建ての　　階）

　　　　　　　　　　　　　　　車椅子の室内使用　　可　・　不可

　　　　　　　　　　　　　　　エレベーターの使用　有　・　無

（２）主たる介護者　　　　　　配偶者　・息子　・娘　・その他（　　　　）

（３）支給されている補装具　　有　・　無

　　　　　　　　　　　　　　　　有の場合種目（　　　　　　　　　　　　　）

２　身体状況　　（身長　　　　ｃｍ　体重　　　ｋｇ）

　（１）歩行　　　　　　不可

　　　　　　　　　　　　可　（　独歩可・伝い歩き・杖又は装具使用・室内のみ

　　　　　　　　　　　　　　　　その他　）

　（２）立位　　　　　　不可　・要介助　・可能

　（３）座位　　　　　　可　・不可　・３０分以上の座位保持が困難

　（４）褥そう（床ずれ）有　・無

　　　　　　　　　　　　有の場合部位（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　（５）車椅子への移乗　自立　・一部介助　・全介助

　（６）

くるまい車椅子の操作　　自立　・一部介助　・全介助

　　　　　　　　　　　　（屋内外とも可　・屋外は介助）

　（７）車椅子の操作方法　両手　・両足　・片手片足　・両手両足　・自操不可

３　車椅子の使用について

　（１）使用目的　　　常時使用（自力）・生活行動範囲の拡大に使用

　　　　　　　　　　　・離床の促進に使用　・移動介助に使用

　（２）使用環境　　　屋内　・屋外　・その他（　　　　　　）

　（３）使用頻度　　　常時使用　・外出時のみ（毎日・不定期）・旅行等

　　　　　　　　　　　その他　（午前１時間　午後１時間程度）

４　その他特記事項

きｎｙ

記入者名：