

### 入所者用車椅子使用環境等調査書

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

申請者氏名		男・女	明・大 昭・平	年 月 日生	歳
介護保険等他法適用	1 可    2 不可    その理由 ( )				
退所等の見込み及び退所後の生活場所	退所見込	1 あり 時期 ( 年 月 頃 ) 2 なし			
	退所後の生活場所	1 自宅 2 施設 3 その他 ( )			
現在使用中の車椅子	1 施設 (病院) 所有    2 自己所有    3 その他 ( )    4 なし				
車椅子の使用場所及び使用時間 *	屋内での使用状況と使用時間		屋外での使用状況と使用時間		
補装具申請の経緯と理由	(施設備品で対応が困難な理由等についても御記入ください)				
市町の意見					

\* 施設内での生活スケジュール (一日、一週間、一月) が分かるものがあれば、添付可。

