様式第３－４

補 装 具 調 査 書（手動リフト式普通型車椅子）

北海道立心身障害者総合相談所

【　記載上の留意事項　】
1　この調査書は、手動リフト式普通型車椅子の判定に使用する。
2　この調査書の記載者は、市町村、医療機関又は福祉施設等の担当職員である。
3　選択肢がある場合は、該当する項目に○印(複数も可)をつけ、(　　)内に具体的内容を記載すること。

氏名		年齢	歳	市町村名	

支給を希望する理由(具体的かつ詳細に記載すること)

手動リフト式普通型車椅子の使用目的		1　仕　　事　　2　日常生活動作(含む家事動作) 3　その他(　　)
車椅子の使用状況	使用状況	1　使用している　(　　年　　月　　日 から) 2　使用していない
	使用している車椅子の種類	1　普 通 型　　2　手押し型　　3　リフト式普通型車椅子 4　電動車椅子　　5　その他(　　)
	使用場所	1　屋　　内　　2　屋　　外　　3　屋内、屋外
	使用用途	1　仕　　事　　2　日常生活動作(含む家事動作) 3　その他(　　)
起居動作・移動動作	座　　位	1　可　　2　背もたれがあると可能　　3　不可
	床からの起立	1　可　　2　つかまるものがあると可　　3　介助にて可能　　4　不可
	椅子からの起立	1　可　　2　つかまるものがあると可　　3　介助にて可能　　4　不可
	車椅子の自力駆動	1　屋外でも可　　2　屋内のみ可　　3　不可
	居 ざ り	1　可　　2　なんとか可　　3　不可
	這　　う	1　可　　2　なんとか可　　3　不可
移乗動作		車椅子の使用経験がない者についても記載すること。
	床⇔車椅子	1　可　　2　一部介助(　　)　3　不可
	ベッド⇔車椅子	1　可　　2　一部介助(　　)　3　不可

調 査 年 月 日　　年　　月　　日

所 属 機 関 名

調査者職・氏名