（様式２）

補装具費複数支給調査票

氏名：　　　　　　　　　生年月日：　　年　　月　　日（　　　）歳　性別：

住所：

1. 本人の生活場所
	1. 入院：退院予定（有（　　　　）・無・未定）　病院名（　　　　　）
	2. 入所：施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
	3. 在宅：同居の家族（有　　人・無）　主に介護を行う者（　　　）
2. 希望する補装具の種類

（　座位保持装置（屋外用・屋内用　　　）

1. 本人の身体状況
	1. 歩行状況　屋内（可・否）　　屋外（可・否）

杖なし歩行・杖歩行・介助歩行・歩行不可・その他　　　　　（距離　 　m）

歩行時の疼痛　　有（　　　　）・無

* 1. 移乗：自立・一部介助（　四つ這いでは移動可　　　　　　　）・全介助
	2. 補装具等の使用：有（杖・下肢装具・その他　座位保持装置等　　）・無
	3. 日常生活器具等の使用：有（呼吸器・その他　紙おむつ　　　　　　　　　）・無
1. 現在保持している補装具の使用目的　※現在は使用していないが、医師から指導があった。

・保育所　週　　回（　　時間／日）　・日常生活　　週　　回（　　　時間／日）

・散歩・近所廻り　週　　回（　　時間／日）・買い物等　週　回（　　時間／日）

・通院　　週　回（　　時間／日）　・通所等　　　週　　回（　　時間／日）

・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　週　　回（　　時間／日）

1. 新たに希望する補装具の使用目的・使用頻度

・仕事・通勤・通学　週　回（　時間／日）・日常生活（屋内）週　回（時間／日）

・散歩・近所廻り（屋外）週　回（　時間／日）・買い物等（屋内）週　回（時間／日）

・通院　（屋外）週　回（　　時間／日）・通所等　　　週　　回（　　時間／日）

・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　週　　回（　　時間／日）

1. 補装具の使用環境
	1. 使用場所：屋内用：屋内のみ・屋外のみ・屋外用：屋内外ともに使用
	2. 使用する屋内の状況：

（ⅰ）学校（　　　）・施設（施設名：　　　　　　　　　　　　　入所・通所）

（ⅱ）病院（病院名：　　　　　　　　　　　　　退院予定：有　　　月頃・無）

（ⅲ）自宅（改修済　・　改修予定　　　年　　月　　・未改修）

　　　使用可能な場所：玄関・廊下・居室・洗面所・トイレ・浴室・その他（すべての場所）

* 1. 使用する屋外の状況：

・介助者　要・不要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・乗用車等への積込み　有（ワゴン・ワンボックス・セダン・その他　　　　）・無

・日常生活圏について

　坂道　有（　　　　　　　　　　　　）・無　踏切　有（　　　　　　　　　　）・無

　道路等の段差・凸凹　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・無

* 1. 希望する補装具の使用経験　有（ 　年）・無
	2. 現在の状況（ ）
1. 補装具の複数支給を行わない場合の代替案　有・無

※施設職員等が作成する場合、無の場合も有の場合も詳細を記載してください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

調査回答年月日　令和　年　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回答者氏名：