

電動車椅子調査票（2）

氏 名		職 業		市 町 村 名	
面接年月日	令和 年 月 日	面接場所		面接者	

電動車椅子操作能力チェックリスト

1 基本操作		(不確実な場合の程度)
(1) 操作ノブ、ハンドル等の操作	可 否	()
(2) メインスイッチ、速度切り替えの操作	可 否	()
(3) スタート、ストップの操作	可 否	()
2 移動操作		
(1) 速度調節の操作	低 速	可 否 ()
	高 速	可 否 ()
(2) 直進走行の操作	直 進	可 否 ()
	蒲 鉾	可 否 ()
	片傾斜道路	可 否 ()
(3) S字・クランク走行の操作	可 否	()
(4) 坂道走行の操作	可 否	()
(5) 溝・段差乗越え走行の操作	可 否	()
(6) 旋回の操作	可 否	()
(7) 非常時に対応した操作	一 時 停 止	可 否 ()
	後 退	可 否 ()
(8) その他移動に必要な操作	右 折	可 否 ()
	左 折	可 否 ()

※ 操作能力の確認については、実際使用する環境での確認をお勧めします。

※ 操作確認の際は関係者同席の上、安全確保に充分お努めください。

市町村の評価

電動車椅子使用について () 相当と判断される。
 () 条件付で相当と判断される。