様式例　補７－２

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（　　）適当と判断される。
（　　）条件付で適当と判断される。

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター