

電動車椅子調査票（１）										
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		
家 族 状 況	氏 名		生 年 月 日		性 別		続 柄		職 業	
※ 在宅の場合は、同居家族について記入してください。 施設入所の場合は、キーパーソンについて記入してください。										
日常生活の 自 立 状 況		※ 日常生活の状況を具体的に記入してください。日常生活において視野、視力、聴力に障害がある方 や歩行者として交通規則を理解していない場合には、その程度についても記入してください。								
		運転免許（ 有 無 ） 矯正視力 右（ ） 左（ ）								
使 用 目 的		※ 使用する目的や頻度等について記入してください。								
そ の 他		※ 電動車椅子を利用する上で参考となることを記載してください。								

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

住宅見取図	※ 主に使用する場所の見取図を記入してください。 保管場所と充電場所(コンセント位置) について記入してください。
道路環境	※ 住宅や通常使用する場所周辺の道路環境について記入してください(住宅地図の写しでも可能です)。