

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（特に下り坂での停止）			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、使用場面を想定した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。							