退　院　見　込　み　調　査　書

申　請　者	住　所			
	氏　名		入院先病院名	
手帳の障害名				等級　　種　　級 年　　月　日交付

１．車椅子の申請　　イ．新規　　ロ．再交付　　前回交付　　年　　月　　日

２．他に使用している補装具

３．車椅子の使用目的（具体的に記入してください）

（１）入院中

（２）退院帰宅後

帰宅後の施設内外での使用状況等

○施設内での使用　　可　・　不可　・　一部可能

○屋　　外・　・　・庭及び周辺道路は使用可能な地形環境であるか。

適　・　不適

○車椅子への移乗　　可　・　不可

○介助が必要な場合介助する者が　　いる　・　いない

４．いつからどんな病気で入院しているか。

５．障害の現症

６．退院の見込み　　概 ね　　ヶ 月 後（令和　　年　　月予定）

退院見込みのない場合（理由）

令 和　　年　　月　　日

区役所担当者　　所　属

職　名　　氏名　　印