

調布市車椅子福祉タクシー事業向けの診断書について

調布市では、常時の寝たきり、常時の車椅子の利用の状態などの理由により、通常のタクシーによる移動が困難な方に対して、（市に申請し、市から登録決定を受けた場合に）大型の福祉タクシーを利用したときの費用の一部を助成する調布市車椅子福祉タクシー事業を実施しています。

当事業の利用登録に係る審査の際に使用するための診断書（任意の書式）の作成をお願いいたします。

診断書の記載項目

- ・ 患者の氏名、生年月日、住所
- ・ 患者の状態（具体的なエピソードを記載してください。）
- ・ 診断書の作成日
- ・ 医療機関の名称、住所、作成医師名、担当診療科、電話番号

（裏面に続く）

診断書（調布市車椅子福祉タクシー事業）

氏名 調布 太郎

生年月日 ○○○○年○月○日

住所 調布市小島町2-35-1

病名 ○○○○○○○○、△△△△△△△

付記

下記ポイントを踏まえ、①患者の状態（具体的に）、②その状態から大型の福祉タクシーの利用が必要か否かを御記載ください。

<患者の状態を記載していただく際の評価ポイント>

当事業は、通常のタクシーによる移動が困難であるため、車椅子福祉タクシー（大型の福祉タクシー）を必要とするような身体状況の申請者を対象としています。このため、次のような状態に当たるかという視点で評価をお願いします。

- ✓自力で起立することが不可能であり、その結果、屋内外問わず、常時車椅子を使用するような状態か。
- ✓下肢全体の支持性と運動性を失い、立っていること及び歩行が不可能であり、その結果、移動の際はストレッチャーを利用するような状態か。

令和○○年○○月○○日

医療機関所在地 調布市小島町○-○-○

医療機関名称 ○○病院

担当診療科名 リハビリテーション科

作成医師名 調布 花子

電話番号 042-481-7111