

補装具費支給要否意見書(電動車椅子(標準形))

氏 名		男 女		生年月日		年 月 日生		歳		
住 所										
障 が い 名										
原因となった 疾病・外傷名						交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
		疾病・外傷発生年月日 年 月 日				疾病・先天性・その他()				
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()								
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし								
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】								
	歩 行 の 状 態									
	座 位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(時間・分) 3 不可								
	立 位 保 持	1 自力にて可(時間・分) 2 支持があると可(時間・分) 3 不可								
	立 ち 上 がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可								
	上 肢 機 能	握 力	右	kg	左	kg				
									【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】	
	手 動 式 車 椅 子 の 操 作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 両足)(室内のみ 室外も可)								
褥 瘡 の 有 無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし									
臀 部 の 状 態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり									
移 乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助									
視 力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
視 野	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
聴 力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
知 的 能 力 等	1 正常 2 知能低下等あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
操 作 方 法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →									
使用効果見込										

		処 方 内 容		
必要とする 電動 車椅子	部位	<input type="checkbox"/> 標準		
		<input type="checkbox"/> 頭頸部	※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる	
	標準	標準形	<input type="checkbox"/> 低速用 <input type="checkbox"/> 中速用	
	種別	<input type="checkbox"/> モジュール式	※ 標準	
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド式	<input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュール式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため	
		<input type="checkbox"/> レディメイド式	※ レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合	
	機 構	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構	<input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 座位を長時間保持できない者	
		<input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構	※ 上記、手動リクライニング機構の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者	
		<input type="checkbox"/> 電動テイル機構	※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者で、この電動車椅子を使うことにより、自力でのテイル操作が可能となる者	
		<input type="checkbox"/> 電動リフト機構	<input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労若しくは就学のために真に必要と認められる者	
基本構造		1 後方大車輪(標準) 2 その他()※特例補装具		
シート		1 板張り式(標準) 2 スリング式 3 張り調整式 <input type="checkbox"/> 奥行調整		
バックサポート		1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構		
フット・レッグサポート		1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
フットサポート		1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)		
アームサポート		1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)		
ブレーキ		1 電動又は電磁ブレーキ(標準)		
タイヤ		1 エア(標準) 2 ノーバンク		
キャスタ		1 エア(標準) 2 ノーバンク		
付 属 品	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工			
	<input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名()			
	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)	
	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> テーブル取付部品	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)	
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台	
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 点滴ポール	
	<input type="checkbox"/> 泥よけ	<input type="checkbox"/> スポークカバー	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	
	<input type="checkbox"/> パワーステアリング	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> 手動スイングアーム	
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品			
	<input type="checkbox"/> その他()			
【姿勢保持装置__製作要素】		<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> 姿勢保持部品()	
<input type="checkbox"/> ベルト → ① 骨盤ベルト ② 胸ベルト ③ 股ベルト ④ その他()				
上記のとおり意見します。				
年 月 日		医 療 機 関 名		
		所 在 地		
		診 療 科 名		
		作 成 医 師 氏 名		
		印		

【記入上の留意事項】

(R6.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項