

補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易形))

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	疾病・外傷発生日			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	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 現在は無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 →					
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				
	簡易形	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式				
	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 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 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"/> 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"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者				
<input type="checkbox"/> ティルト機構 ※ 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						
<input type="checkbox"/> リフト機構 <input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者						
使用効果見込						

