

車椅子 補装具費支給意見書・処方票

氏名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
医学的所見	障害及び原傷病名又は疾病名	身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。			身長・体重 (cm) (kg)
主な使用場所		屋内・屋外・屋内外	新規支給 ・ 2台同時支給※ ・ 再支給	職業 (具体的に)	
障害の状態	(注：当該補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。)				
	運動障害	☐ なし ☐ 弛緩性麻痺 ☐ 痙性麻痺 ☐ 固縮 ☐ 不随意運動 ☐ 振戦 ☐ 運動失調 ☐ その他()		(図示すること) 運動障害 感覚障害 切離断 拘縮 ○ 変形 ×	
	感覚障害	☐ なし ☐ 感覚脱失 ☐ 感覚鈍麻 ☐ 感覚過敏			
	変形・拘縮	☐ なし ☐ あり (部位 :)			
	握力	右 (kg) 左 (kg)			
	定頸	(抗重力位で) ☐ 良好 ☐ 不安定(枕等が必要)			
	座位	☐ 自力にて可能 ☐ 背部支持があれば可能 ☐ 不可			
	歩行能力	☐ 歩行不能 ☐ 歩行可能(m) ☐ 杖・装具等()使用し (m)歩行可能 ☐ 伝い歩きは可能 【歩行の状態で追加の情報があれば記載すること】			
	立位保持	☐ 自力にて可能 ☐ 支持があると可能 ☐ 不可			
褥瘡	☐ あり ☐ 現在は無いが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし				
その他の所見					
操作能力	駆動能力	☐ 自力にて可能 ☐ かろうじて自力にて可能 ☐ 不可 ※自力駆動ができない者は、原則、介助用の支給になります。			
	駆動方法	☐ 両上肢 ☐ 片手片足(右・左) ☐ 両下肢 ☐ 一側上肢(右・左) ☐ 全介助			
	移乗	☐ 自力にて可能 ☐ 一部介助にて可能 ☐ 全介助			
採寸	●身体寸法(測定寸法)(※必ず記入して下さい)		●車椅子寸法(※必ず記入して下さい)		
見込効果	※使用により可能となることが見込まれる活動等、再製作の場合は理由等を記載して下さい。				
事項記					

※2台支給が認められるのは、教育上等の理由から、特に必要性があると認められた場合に限られます。

※次項へ続く