様式例Ａ－８

電動車椅子　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）

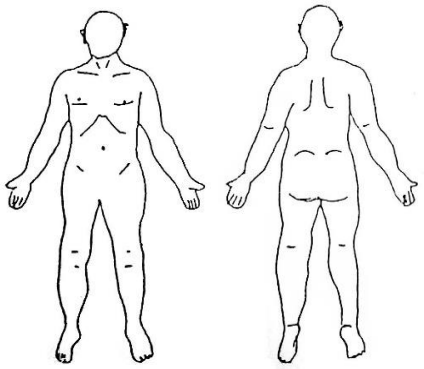
主な使用場所	屋内・屋外・屋内外	新規支給　・　再支給	職業（具体的に）	

障害の状況

※該当する項目にレ印または○を記入して下さい。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○を記入して下さい。
（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（　　）
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
手動式車椅子の操作	□ 自力にて可能　□ 辛うじて自力にて可　□ 不可
	※電動車椅子の支給対象者は、上・下肢に障害を有しているため、手動式車椅子の使用が不能又は著しく困難な方で、三肢ないし四肢に障害を有し、上下肢それぞれが3級以上、総合2級以上が原則です。内部障害（心臓・呼吸器機能障害）の場合には、歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす方（概ね1級相当）が対象です。
褥　　瘡	□ あり　□ 現在はな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	

（図示すること）
運動障害　感覚障害
切離断　拘縮 ○　変形 ×

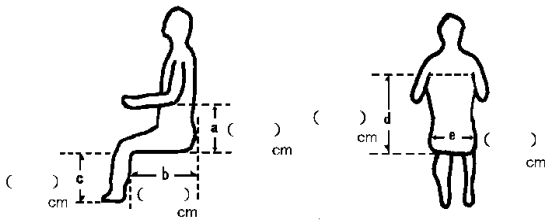


操作能力等

移　　乗	□ 自力で可　□ 一部介助必要　□ 全介助
視　　力	□ 問題なし　□ 障害あり（　　）→ 安全走行に｛ 支障なし　支障あり ｝
視　　野	□ 問題なし　□ 障害あり（　　）→ 安全走行に｛ 支障なし　支障あり ｝
聴　　力	□ 問題なし　□ 障害あり（　　）→ 安全走行に｛ 支障なし　支障あり ｝
認知能力	操作理解：可能　困難　不明　／　交通規則理解：可能　困難　不明
操作方法	□ 上肢 →｛ 右・左 ｝　□ 下肢 →｛ 右・左 ｝　□ その他 →｛　　｝
操作経験	□ なし　□ 使用中（　　年・月 使用中）　□ 過去にあり（期間：　　）
操作能力	□自立　□要支援　□半介助　□全介助
その他の所見	

使用見込効果	（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）
特記事項	

●身体寸法（測定寸法）（※必ず記入して下さい）



●車椅子寸法
（※簡易形の場合は記入して下さい）

シート	前座高	cm	後座高	cm
	奥行	cm	幅	cm
ｱｰﾑｻﾎﾟｰﾄ高		cm		
ﾊﾞｯｸｻﾎﾟｰﾄ高		cm		
ﾊﾝﾄﾞﾘﾑﾋﾟｯﾁ		cm		

次項へ続く