

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	職 業(具体的に)		
障 害 の 状 況	(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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感覚脱失 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 感覚過敏			
	変形・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 :)			
	握 力	右 (kg) 左 (kg)			
	定 頸	(抗重力位で) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定(枕等が必要)			
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 背部支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	歩行能力	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 歩行可能(m) <input type="checkbox"/> 杖・装具等()使用し (m)歩行可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩きは可能 【歩行の状態を追加の情報があれば記載すること】			
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 支持があると可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	褥 瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在は無いが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし			
その他の所見					
操 作 能 力	駆動能力	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> かろうじて自力にて可能 <input type="checkbox"/> 不可 ※自力駆動ができない者は、原則、手押し型の支給になります。			
	駆動方法	<input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 片手片足(右・左) <input type="checkbox"/> 両下肢 <input type="checkbox"/> 一側上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 全介助			
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可能 <input type="checkbox"/> 全介助			
仕 様	<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため			
	<input type="checkbox"/> モジュラー方式	<input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要のため			
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者等で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため			
	<input type="checkbox"/> ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等			
使用効果見込み	※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					

車 椅 子 処 方 内 容					
型 式	<input type="checkbox"/>	普通型			
	<input type="checkbox"/>	手押し型	<input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの	<input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの	
	<input type="checkbox"/>	手動リフト式普通型	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者		
	<input type="checkbox"/>	前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者		
	<input type="checkbox"/>	片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者		
	<input type="checkbox"/>	レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者		
付 属 品	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長バックサポート	<input type="checkbox"/> 張り調整式	<input type="checkbox"/> 高さ調整式	<input type="checkbox"/> 背折れ機構
		<input type="checkbox"/> 背座間角度調整	<input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース(枕含む)	<input type="checkbox"/> 枕(オーダー・レディ)	
	アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式	<input type="checkbox"/> 高さ調整式	<input type="checkbox"/> 角度調整式	<input type="checkbox"/> 跳ね上げ式
		<input type="checkbox"/> 脱着式	<input type="checkbox"/> 拡幅(左・右・両)	<input type="checkbox"/> 延長(左・右・両)	
	シート	<input type="checkbox"/> 座奥行き調整	<input type="checkbox"/> 座張り調整		
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 開閉・脱着式	<input type="checkbox"/> 脱着式	<input type="checkbox"/> 拳上式	<input type="checkbox"/> 開閉拳上式
	フットサポート	<input type="checkbox"/> 前後調整(片・両)	<input type="checkbox"/> 角度調整(片・両)	<input type="checkbox"/> 左右調整(片・両)	
	ブレーキ	<input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ	<input type="checkbox"/> フットブレーキ	<input type="checkbox"/> 延長ブレーキ	
	ハンドリム	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム <input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム			
	タイヤ・キャスター	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> ゲルとウレタン <input type="checkbox"/> 空気量調整 <input type="checkbox"/> 特殊空気室構造 <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> 特殊形状 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> 座面以外のクッション使用(部位: _____) ※クッション交換価格(4090円)もしくは座位保持装置の付属品(各部位の保持部品)の額が上限となります。			
	シートベルト	<input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他()			
	スポークカバー	<input type="checkbox"/> 搭載台(人工呼吸器・吸引機・会話補助装置)	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> リフレクタ(夜行材・反射材)	
	泥よけ	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> 日よけ	<input type="checkbox"/> 6輪構造	
	テーブル	<input type="checkbox"/> 取り付け用ガードル架(栄養・点滴)	<input type="checkbox"/> 幅止め	<input type="checkbox"/> ガスダンパー	
スツキホルダー	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(標準・折りたたみ式)	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	<input type="checkbox"/> 成長対応部品		
<input type="checkbox"/> その他(必要な付属品名を記載して下さい)		※寸法を記入して下さい。			
上記のとおり意見する。 年 月 日					
医療機関名		適合確認(年 月 日)			
診療科目名					
医師氏名		確認者			
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他()					
		職氏名			

※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、該当する項目にレ印または○を付すこと。

