

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						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						
操 作 能 力 等	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 }						
必 要 と する 電 動 車 椅 子	操 作 方 法		1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →					
	部 位	☐ 標 準						
		☐ 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		☐ 切替式 ☐ アシスト式					
	種 別	☐ モジュール式	※ 標準					
		☐ オーダーメイド式	☐ 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 ☐ 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					
		☐ 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	☐ リクライニング機構	☐ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 ☐ 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者					
		☐ 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					
		☐ リフト機構	☐ 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 ☐ 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								

処 方 内 容	
基 本 構 造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 ☐ 幅止め() (本)
シ ー ト	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 ☐ 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 ☐ ワイトフレーム ☐ 延長(頭頸部まで) ☐ 高さ調整 ☐ 背座角度調整 ☐ 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 ☐ 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) 3 中折式 ☐ 前後調整(右・左・両) ☐ 角度調整(右・左・両) ☐ 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 ☐ 高さ調整 ☐ 角度調整 ☐ 拡幅(右・左・両) ☐ 延長(右・左・両)
ブ レ ー キ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → ☐ 介助用ブレーキ ☐ フットブレーキ
駆 動 輪 ・ 主 輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 ☐ 車軸位置調整 ☐ キャンバー角度変更 ☐ 片手駆動 ☐ レバー駆動
タ イ ヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク
キ ャ ス タ	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ
ハ ン ド リ ム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ ☐ ピッチ30mmを超えるもの ☐ 片手駆動
付 属 品	☐ クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ ☐ ゲル素材 ☐ 多層構造 ☐ 立体編物 ☐ 滑り止め加工 ☐ 防水加工 ☐ 市販のクッション (商品名:)
	☐ ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → ☐ オーダー枕変更
	☐ 座板 → ☐ クッション一体型
	☐ 背クッション → ☐ 滑り止め加工
	☐ ヒールラップ(右・左・両) ☐ 呼吸器搭載台
	☐ アンクルストラップ(右・左・両) ☐ 痰吸引機搭載台
	☐ ステップカバー(右・左・両) ☐ 携帯用会話補助装置搭載台
	☐ テーブル ☐ 酸素ボンベ固定装置
	☐ テーブル取付部品 ☐ 栄養パック取付用ガードル架
	☐ 車載固定部品 ☐ 点滴ポール
	☐ 杖たて(一本杖・多脚つえ) ☐ 泥よけ
	☐ スポークカバー ☐ 高さ調整式手押しハンドル
	☐ 滑り止めハンドリム(右・左・両) ☐ ブレーキ延長レバー(右・左・両)
	☐ その他 ()
	【姿勢保持装置__製作要素】 ☐ カットアウトテーブル ☐ 姿勢保持部品() ☐ ベルト→①骨盤 ②胸 ③股 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	

※ティッピングレバー長 ()

※フットバンパー長 ()

※車輪とハンドリムの距離 ()

【記入上の留意事項】

(R8.6)

- 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。
- 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。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 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。
 - 難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - その他参考となる事項