

補装具費支給要否意見書(電動車椅子)

※普通型用

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・外傷発生年月日				年 月 日		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 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 } { 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 }							
	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →							
使用効果見込									

		処	方	内	容
必要とする電動車椅子	<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H			
	<input type="checkbox"/> リクライニング式普通型	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者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"/> 電動リクライニング式普通型	【支給要件】 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型	【支給要件】 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で、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型	【支給要件】 上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニングとティルト操作が可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型	【支給要件】 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、交付対象とする。			
バックサポート	1 固定式 2 延長 3 張り調整式 4 ヘッドサポートベース(枕を含む) 5 枕(オーダー・レディ)				
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者				
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ調整式 4 跳ね上げ式				
対象者例	※3 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者				
対象者例	※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者				
レッグサポート	1 固定式 2 開閉・脱着式				
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整				
付	<input type="checkbox"/> シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他()			
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め			
属	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> 点滴ポール		
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)		
品	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台		
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> フロントサブホイール		
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)	<input type="checkbox"/> 幅止め		
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)				
	<input type="checkbox"/> 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					

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項