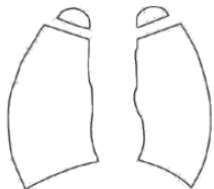
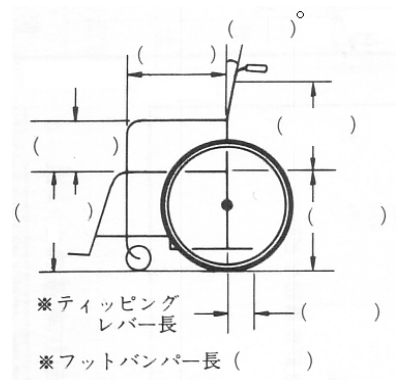
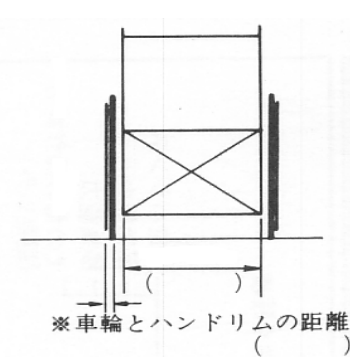


補装具費支給要否意見書(車椅子)

心臓機能障がい者用

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				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	臨 床 所 見				
	胸部X線写真所見(年 月 日)		心電図所見(年 月 日)		
					
	心胸比:()%				
	心臓機能についての所見				
歩行についての所見					
社会生活についての所見					
その他の所見					
操 作 能 力 等	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)		
	車椅子への移乗		1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助		
	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 車 椅 子	部 位	<input type="checkbox"/> 標 準 <input type="checkbox"/> 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			
	型 式	<input type="checkbox"/> 自 走 用 <input type="checkbox"/> 介 助 用			
	種 別	<input type="checkbox"/> モジュール式	※ 標準		
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド式	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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		
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> リクライニング機構	<input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者		
		<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> リフト機構		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名()
	<input type="checkbox"/> 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 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型
	<input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①パイプ ②キャスタ付き ③キャスタ付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールループ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台
	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置
	<input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ
	<input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	【姿勢保持装置__製作要素】
	<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品()
<input type="checkbox"/> 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。	<p style="text-align: center;">車椅子の寸法</p>  <p>※ティッピングレバー長 ()</p> <p>※フットバンパー長 ()</p>  <p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>
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】

(R6.6)

- 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