

補装具費支給要否意見書(車椅子)

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	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	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	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"/> モジュラー式		※ 標準	
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド式		<input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュラー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充が可能な場合	
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・レックサポート	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"/> レックベルト全面張り
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
キャスト	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キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(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"/> 栄養パ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 ()
	<input type="checkbox"/> 【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。	
年 月 日	
医療機関名	
所在地	
診療科名	
作成医師氏名 印	

車椅子の寸法

※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】

(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