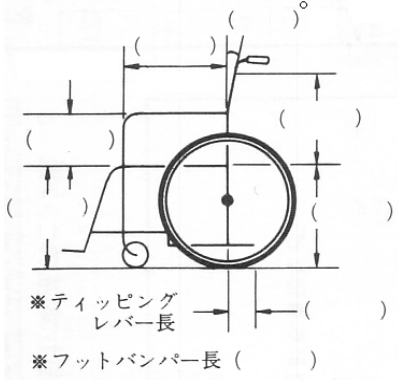


補装具費支給要否意見書(車椅子)

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 } { 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 の 仕 様	型 式	☐ 普 通 型				
		☐ 手 動 リ フ ト 式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者			
		☐ 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			
		☐ 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			
		☐ 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			
		☐ 手 押 し 型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)			
	仕 様	☐ リクライニング式	☐ 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 ☐ 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 ☐ 股関節拘縮や強直があるため			
		☐ 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			
		☐ オーダーメイド	☐ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため ☐ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため			
		☐ レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
使 用 効 果 見 込						

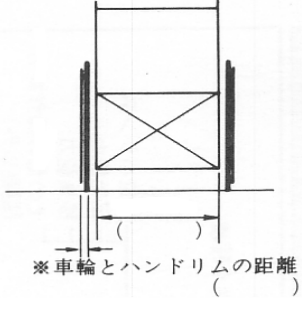
裏面へ続く

処 方 内 容			
フ レ ー ム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス		
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ		
キ ャ ス タ ー	【径】 5 6 7 インチ		
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 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 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者		
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡張(左・右・両) 9 延長(左・右・両)		
対象者例	※3・4 → 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 ※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 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式		
対象者例	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者		
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)		
ブ レ ー キ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム		
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合		
ハ ン ド リ ム	1 標準式 2 ノブ付 → □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)		
対象者例	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。		
付 属 品	☐ 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	☐ フローテーションパッド	
		☐ 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	☐ 背クッション
		☐ ゲルとウレタンフォームの組合せのもの	☐ 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)
		☐ バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの	☐ クッションカバー(防水加工を施したもの)
		☐ 特殊な空気室構造のもの	☐ クッション滑り止め
	☐ テーブル	☐ スポークカバー(右・左・両)	
	☐ ステッキホルダー	☐ 屋外用キャスター(エア式等)	
	☐ 携帯用会話補助装置搭載台	☐ 人工呼吸器搭載台	
	☐ 酸素ボンベ固定装置	☐ 点滴ポール	
☐ 栄養パック取付用ガードル架	☐ 泥よけ(右・左・両)		
☐ 車載時固定用フック	☐ 痰吸引器搭載台		
☐ 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)			
☐ ノーバンクタイヤ	☐ 幅止め		
☐ 大車輪脱着ハブ	☐ 高さ調整式手押しハンドル		
☐ 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】

H29.06)

- 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。
 - (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