

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						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 } { 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								

裏面へ続く

処		方		内		容	
必要とする電動車椅子	☐ 普通型	☐ 4.5km/H ☐ 6km/H					
	☐ リクライニング式普通型	☐ 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					
	☐ 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					
	☐ 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					
	☐ 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					
	☐ 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		5 拡幅(左・右・両) 6 延長(左・右・両) ※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 ※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	☐ 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		☐ クライマーセット		☐ 点滴ポール		
	☐ ステッキホルダー		☐ ノーパンクタイヤ		☐ 泥よけ(右・左・両)		
	☐ 携帯用会話補助装置搭載台		☐ 大車輪脱着ハブ		☐ 痰吸引器搭載台		
	☐ 酸素ボンベ固定装置		☐ スポークカバー(右・左・両)		☐ フロントサブホイール		
☐ 栄養パック取付用ガードル架		☐ 屋外用キャスター(エア式等)		☐ 幅止め			
☐ 車載時固定用フック		☐ 人工呼吸器搭載台		☐ 高さ調整式手押しハンドル			
☐ 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)							
☐ 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)

- 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