

## 補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易型))

|                                      |                                                                                                                                          |                                                                              |                                                                                                                                                                          |      |                    |    |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------|----|
| 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<br>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<br>が<br>い<br>の<br>状<br>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<br>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<br>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<br>※ 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<br>作<br>能<br>力<br>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 }                                      |                                                                                                                                                                          |      |                    |    |
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>車<br>椅<br>子 | <input type="checkbox"/> 簡 易 型<br><input type="checkbox"/> 切 替 式<br><input type="checkbox"/> 簡 易 型<br><input type="checkbox"/> ア シ ス ト 式 |                                                                              | <b>【交付要件】</b><br>平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者<br>○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者<br>○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者                                 |      |                    |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> リクライニング式                                                                                                        |                                                                              | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため |      |                    |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 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つて、自立姿勢変換が困難な者等                                                                                                              |      |                    |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> オーダーメイド                                                                                                         |                                                                              | <input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため<br><input type="checkbox"/> 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                                                                  |      |                    |    |
|                                      | <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                   |                                                                              |                                                                                                                                                                          |      |                    |    |

| 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<br>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<br>※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<br>6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(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<br>※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※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(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整(片・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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 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<br>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<br>※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 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( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> クッション<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの<br/> <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの<br/> <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの </div> <div> <input type="checkbox"/> フローテーションパッド<br/> <input type="checkbox"/> 背クッション<br/> <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)<br/> <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)<br/> <input type="checkbox"/> クッション滑り止め </div> </div>                                                                                                                        |
| 属 品       | <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)<br><input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台<br><input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール<br><input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台<br><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)<br><input type="checkbox"/> ノーバンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め<br><input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル<br><input type="checkbox"/> その他 |
|           | <p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療科名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|           | <p style="text-align: center;">オーダーメイドの寸法</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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

【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