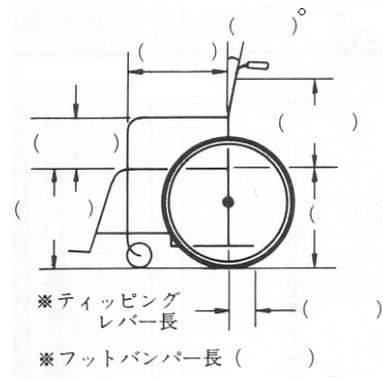


補装具費支給要否意見書(車椅子)

平衡機能障がい者用

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	平衡機能について 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				
	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 }			
	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"/> 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 ( )
	<b>【姿勢保持装置__製作要素】</b>
	<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>
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