

(補様式6)

補装具意見書 (車椅子)

(身体状況)

対象者 氏名	フリガナ	年 月 日生 ( 歳)	住所
障がい名 (身障手帳手帳所持者) または疾病名 (難病疾患の場合)	身体障害者手帳( 種 級)・無		
療育手帳 (A1・A2・B1・B2・無)	精神障害者保健福祉手帳 無・有( 級)	要介護認定 要支援・要介護( )	身長 体重 cm kg
現在 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> ( ) 病院入院中 退院見込み( 月 日頃)	握力	右 kg 左 kg・測定不可能	意思の疎通 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 良好
車椅子使用場所	<input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 施設内 <input type="checkbox"/> 外出先 <input type="checkbox"/> 職場 (職務内容: )		
車椅子が必要となった経緯および障がいの状況 (難病疾患の場合は症状の変動や日内変動も記載ください)			
車椅子の使用歴			
麻痺の種類と部位について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 痙性・ <input type="checkbox"/> 弛緩性) 部位 ( <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 右 (上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 左 (上肢・下肢) <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
定額	抗重力位で <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定 (枕が必要)		
座位保持能力	<input type="checkbox"/> 背もたれなしで可能 <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 背もたれと体幹支持パッドが必要 <input type="checkbox"/> 座位保持不可能 注: 保持時間は30分程度を想定		
可能な移動方法と距離	<input type="checkbox"/> 移動不可能 <input type="checkbox"/> 座位移動 <input type="checkbox"/> 歩行器移動 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行 (屋内) で連続 ( ) m 程度可能		
トランスファー	ベッド⇔車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助) 床⇔車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助)		
感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 臀部)		
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり 部位 ( <input type="checkbox"/> 踵 <input type="checkbox"/> 座骨 <input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
車椅子使用に障がいとなる変形・拘縮			
車椅子駆動	<input type="checkbox"/> 不可 (手押し) <input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 右上下肢 <input type="checkbox"/> 左上下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )		
車椅子利用にあたっての特記事項			
必要する車椅子	別紙車椅子処方箋のとおりです。		

