

(補様式7)

補装具意見書 (電動車椅子)

(身体状況)

対象者 氏名	フリガナ (男・女)	年 月 日生 (歳)	住所
障がい名 (身体障害者手帳所持者) または疾病名 (難病等)	身体障害者手帳 (種 級) ・無		
療育手帳 (A1・A2・B1・B2・無)	精神保健福祉手帳 無 ・有 (級)	介護認定区分 ()	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	<input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 良好
意思の疎通			
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:)		
電動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)			
電動車椅子の使用歴			
麻痺の状態と部位	<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 頸	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		
移乗	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 ())		
電動車椅子使用に障がいとなる変形・拘縮			
コントローラー操作	<input type="checkbox"/> (右・左) 上肢 <input type="checkbox"/> その他 ()		
電動車椅子利用にあたっての特記事項			
必要とされる電動車椅子	電動車椅子処方箋のとおりです。		

年 月 日

所 在 地
医 療 機 関 ・ 科 名
医 師 氏 名

※ この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。下記の該当する項目にチェックしてください。

- 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医
- 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師
- 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医
- 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医

上記補装具は (適当 ・ 不適当) と判定します。 *総合福祉相談所の審査委員が記入します

年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師

氏名		生年月日		明治・大正 昭和・平成 令和		年 月 日 ()歳	
住所				TEL			
医学的 所見	疾患名	身長	cm /	kg	職業 (具体的に)		
	障害名	移乗 能力	自立・半介助・介助		主な使用場 所	屋内	屋外
基本価格		1. 標準 2. 頭頸部		本体	1. 標準形(低速用) 2. 標準形(中速用)		
a. 新規支給(1台)		b. 2台同時支給		c. 再支給		a. モジュール(標準) b. オーダーメイド c. レディメイド	
機構 加算	1. 手動リクライニング機構		バッテリー		1. シールドバッテリー		
	2. 電動リクライニング機構				2. リチウムイオンバッテリー		
	3. 電動ティルト機構		操作ボックス		1. 標準型		
	4. 電動ティルト・リクライニング機構		操作レバー		1. 感度調整		a. ばね圧変更
	5. 電動リフト機構		スイッチ		1. 標準型		a. スイッチ延長 個
【構造部品加算】							
シート	1. 板張り式(標準) 2. スリング式 3. 張り調整式		a. 奥行き調整構造		バック サポート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式 a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造	
レッグ 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		a. レッグベルト全面張り		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) a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整 d. 金属製フットサポート	
サポー ム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式		a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長		ブレーキ	1. 電動又は電磁ブレーキ(標準)	
					タイヤ	1. エア(標準) 2. ノーパンク	キャスタ 1. エア(標準) 2. ノーパンク
【付属品】							
<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ <input type="checkbox"/> a. 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> b. 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> c. 8方向スイッチボード <input type="checkbox"/> d. 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> e. フォースセンサ <input type="checkbox"/> f. 足用ボックス <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ <input type="checkbox"/> 小/球/こけし <input type="checkbox"/> U/十字/ペン/太長/T字/極小 <input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右 <input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載用固定部品 _____個 <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) 左・右 <input type="checkbox"/> 杖たて(多点つえ) 左・右 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ _____個 <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル 左・右		<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) 1. 平面形状型 a. ゲル素材 2. モールド型 b. 多層構造 c. 立体編物 d. 滑り止め加工 e. 防水加工 <input type="checkbox"/> 背クッション a. 滑り止め加工 <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) a. 枕オーダーメイド変更 3. 枕(オーダーメイド) 4. 枕(レディメイド)			
【付属品】座位保持装置_製作要素				【特記事項】			
【完成用部品】							
種目名称別コード				メーカー名/製品名			
適合 判定	年 月 日		処方		年 月 日		
				所在地 医療機関名・科名			