

(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 _____ cm 体重 _____ 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)	<input type="checkbox"/> 握力	右 _____ kg 左 _____ kg・測定不可能	<input type="checkbox"/> 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: _____)		
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 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		
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	別紙電動車椅子処方箋のとおりです。		

対象者 氏名	年 月 日生（ 歳）	
電動車椅子の型式	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 簡易型（A切替式・Bアシスト式）	
	（簡易型の場合、構造フレーム） <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型（A大車輪のあるもの・B小車輪だけのもの） <input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構	
電動車椅子の調整および付属品		
操作方法（部位）	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 特殊ノブ（ ） <input type="checkbox"/> 多様入力（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
枕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> レディメイド・ <input type="checkbox"/> オーダーメイド） <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース	
バックサポート	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ	
アームサポート	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> 延長	
レッグサポート	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉式	
フットサポート	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整	
座面	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 張り調整 <input type="checkbox"/> 奥行き調整	
ブレーキ	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> アーム延長（右・左） <input type="checkbox"/> 電動または電磁式ブレーキ	
ハンドリム	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> ノブ付 <input type="checkbox"/> 滑り止め	
車輪	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター <input type="checkbox"/> 前輪パワーステアリング	
その他	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置（ <input type="checkbox"/> キャスターつき折りたたみ・ <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 日よけ（雨よけ） <input type="checkbox"/> 成長対応型加算 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> その他（ ）	
クッション	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン <input type="checkbox"/> バルブ開閉式 <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> 特殊空気室構造 <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション（骨盤・大腿部サポート） <input type="checkbox"/> 防水クッションカバー <input type="checkbox"/> 滑り止め部品	
シートベルト	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足部	
記入日 医療機関名 担当科 医師名	年 月 日 <p style="text-align:right">氏名 印</p>	

- ※ 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項の規定に基づき指定された医師
 - 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
 - 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
 - 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つて、所属学会において認定された専門医

【記入上の留意事項】処方内容の決定に関しては、各医療スタッフや補装具業者と調整の上、行なってください。

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

<p>上記補装具は（適当・不適當）と判定します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師 印</p>
--