（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　□在宅　□施設入所中　□（　）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	□不可能　□困難　□可能　□良好
車椅子使用場所	□自宅内　□施設内　□外出先　□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	□なし　□あり（□痙性・□弛緩性） 部位（□四肢　□体幹　□右（上肢・下肢）　□左（上肢・下肢）　□その他（　））		
定　頸	抗重力位で　□良好　□不安定（枕が必要）		
座位保持能力	□背もたれなしで可能　□背もたれが必要　□背もたれと体幹支持パッドが必要 □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	□移動不可能　□座位移動　□歩行器移動　□杖歩行　□伝い歩き　□歩行（屋内） で連続（　）m 程度可能		
移乗	ベッド⇔車椅子（□自立　□部分介助　□介助）　床⇔車椅子（□自立　□部分介助　□介助）		
感覚障害	□なし　□あり　部位（□上肢　□下肢　□体幹　□臀部）		
褥瘡	□なし　□あり　□過去にあり 部位（□踵　□座骨　□仙骨　□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	□（右・左）上肢　□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。		

補装具意見書（電動車椅子）　　別紙　電動車椅子処方箋

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

上記補装具は（適当・不適当）と判定します。

年　　月　　日　福井県総合福祉相談所　審査医師