

(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 checkbox"="" type="checkbox/>()病院入院中
退院見込み(月 日 頃)</td> <td>握 力
意思の疎通</td> <td>右 kg 左 kg・測定不可能</td> <td><input type="/> 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 (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()		
特記事項			
必要とする電動車椅子	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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 *福井県障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記入します。			
年 月 日 福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師			