

(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 ☐ 在宅 ☐ 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
<input type="/> 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:)		
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)			
車椅子の使用歴			
麻痺の種類と 部位について	☐ 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())		
定額	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		
トランスファー	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())		
車椅子使用に 障がいとなる 変形・拘縮			
車椅子駆動	☐ 不可(介助) ☐ 両上肢 ☐ 右上下肢 ☐ 左上下肢 ☐ その他()		
特記事項			
必要とする車椅子	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			
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			