

補装具費支給意見書・処方箋(車椅子)

様式11

氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所	職業 学校名(学年)				
障害名及び原因となった疾病・外傷名 (疾病・外傷発生日: 年 月 日) ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない) <div style="text-align: right;">(等級 級)</div>					
《 身体状況 》 障害・疾患等の状況 (注: 下記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。)					
① 運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ()	(図示すること) 切離断■ 麻痺☒ 褥瘡● その他障害箇所×  身長 ()cm 体重 ()Kg 握力 右()kg 左()kg			
② 感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他()				
③ 変形・拘縮	なし あり(部位)				
④ 定頸	抗重力位で(良好 不安定[枕が必要])				
⑤ 座位	自力にて可能 背部支持があれば可能 不可				
⑥ 歩行能力	歩行不能 杖・装具等()使用し()m 伝い歩き 歩行可能(m)				
⑦ プッシュアップ	可能 不可				
⑧ 起立性低血圧	なし あり				
⑨ 視覚障害	なし あり(程度)				
⑩ 褥瘡	既往なし 既往あり(部位) 現在あり(部位)				
その他の所見					
《 申請する車椅子の名称及び選定理由 》 レディメイド オーダーメイド その他()					
名称	普通型 リクライニング式普通型 ティルト式普通型 リクライニング・ティルト式普通型 手動リフト式普通型 前方大車輪型 リクライニング式前方大車輪型 片手駆動型 リクライニング式片手駆動型 レバー駆動型 手押し型 (A・B) リクライニング式手押し型 ティルト式手押し型 リクライニング・ティルト式手押し型				
オーダーメイドが必要な理由(レディメイドの試乗結果含む)					
リクライニング、ティルト、リフト等が必要な理由					
《 車椅子の操作能力など 》					
操作方法	両上肢 (右・左) 上肢 両下肢 (右・左) 下肢 (右・左) 上下肢 不可(手押し)				
操作能力	室内 (自立 見守り 一部介助 介助) 室外 (自立 見守り 一部介助 介助)				
使用場所	自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他()				
トランスファー	可能 一部介助 不可				
《 使用効果の見込み (再作製が必要な理由を含む) 》					
《 現在、所持している補装具があれば使用状況等について記載してください 》 (なし・あり)					
補装具の名称と使用状況					
《 身体計測値・車椅子採寸表 》 シート色()					
					

