

補装具費支給意見書・処方箋(電動車椅子)

様式12

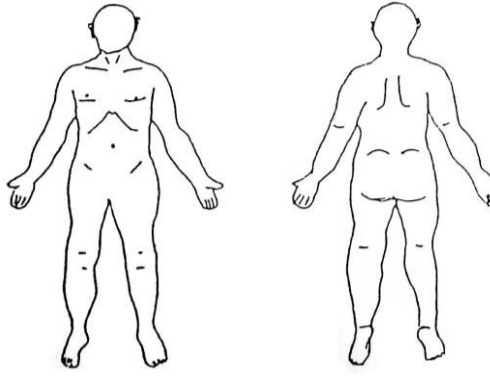
氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
----	--	------	--------------	-------	---

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・外傷発生日月: 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 (する しない)

《 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

《 申請する電動車椅子の名称 》

電動車椅子の名称 (レディメイド オーダーメイド)

普通型 (4.5km/h 6.0km/h) 簡易型 (A.切替式 B.アシスト式) (普通型 手押し型) リクライニング式普通型
 電動リクライニング式普通型 電動リフト式普通型 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

《 車椅子の操作能力 》

平坦地の操作 : 可 困難 不明 日常生活圏の坂路・悪路の操作 : 可 困難 不明

《 電動車椅子の操作能力など 》

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)
認知能力	操作理解 : 可 困難 不明	交通法規理解 : 可 困難 不明
操作経験	なし あり (期間:)	使用中

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、リフトなどの必要な理由

《 申請する電動車椅子の使用場所 》

使用場所 : 自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他 ()

《 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 ()

