

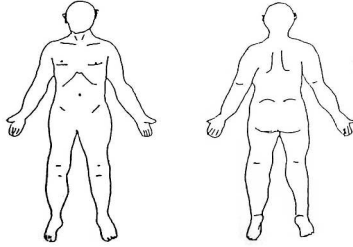
補装具費支給意見書・処方箋(車椅子)

様式11

氏名		生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所			職業・学年		

手帳の障害名及び原因となった疾病・外傷名(発症年月日: 年 月 日) 障害者総合支援法で定める難病等に該当(する しない)

(身体状況) 注: 車椅子を必要とする状況が明確となるように記載。難病患者等は症状の変動状況や日内変動等について、その他の所見に追記してください。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 その他障害箇所×  身長 ()cm 体重 ()Kg 握力 右()Kg 左()Kg
感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他()	
変形・拘縮	なし あり(部位)	
定額	抗重力位で(良好・不安定(枕必要))	
座位	自力にて可能 背部支持があれば可能 不可	
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	
プッシュアップ	可能 不可	
起立性低血圧	なし あり	
視覚障害	なし あり(程度)	
褥瘡	既往なし 既往あり(部位) 現在あり(部位)	
その他の所見		

(車椅子構造) モジュール(標準)・ オーダーメイド・ レディメイド 本体 自走用 介助用

基本価格	標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)	頭頸部(ヘッドサポートが必要な場合に追加)
機構加算	リクライニング機構 ティルト機構 ティルト・リクライニング機構	リフト機構
基本構造	後方大車輪(標準) 前方大車輪 6輪構造	

オーダーメイドの場合及び基本構造が後方大車輪(標準)以外の場合は理由を記載 モジュール及びレディメイドの場合はカタログを添付

リクライニング、ティルト、リフト機構等が必要な理由

(車椅子の操作能力など)

操作方法	両上肢 (右・左)上肢 (右・左)下肢 両下肢 不可(介助)
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()
移乗能力	自立 半介助 介助

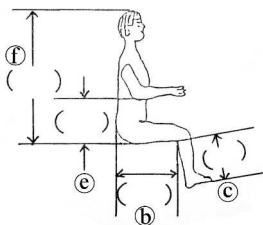
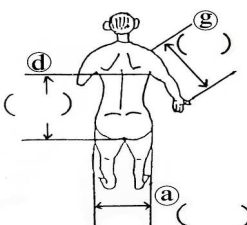
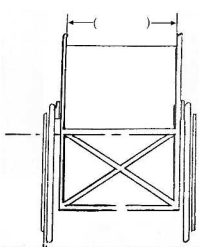
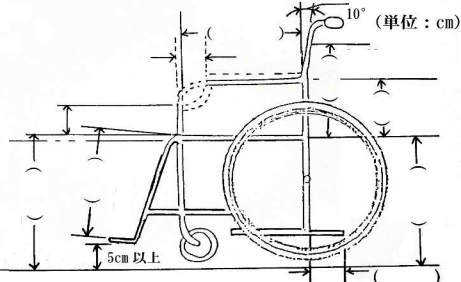
(使用効果の見込み (再作製が必要な理由を含む))

(現在、所持している補装具の使用状況等について記載してください) (なし・あり)

補装具名称と使用状況	
------------	--

(身体計測値・車椅子採寸表)

シート色 ()

10° (単位: cm)
5cm以上

【構造部品】				標準の場合は にチェック、番号に を付ける構造や加算が必要な場合は下段に番号と理由を追記してください			
フレーム	A 径： 16 19 22 その他()mm		B 材質： 鉄 ステンレス アルミ その他()				
基本構造	(加算) 1.幅止め構造	シート	スリング式(標準) 2.張り調整式 3.板張り式		(加算) 4.奥行調整構造		
バックサポート	スリング式(標準) 5.張り調整式		(加算) 6.ワイドフレーム 7.バックサポート延長 8.高さ調節構造 9.背座角度調整 10.背折れ構造				
フットレグサポート	固定式(標準) 11.拳上式 12.着脱式 13.開閉着脱式 14.拳上・開閉着脱式		(加算) 15.レグベルト全面張り				
フットサポート	セパレート式(標準) 16.セパレート式(二重折込式) 17.中折式		(加算) 18.前後調整(右・左) 19.角度調整(右・左) 20.左右調整(右・左)				
アームサポート	フレーム一体型	固定式(標準) 21.跳ね上げ式(右・左) 22.着脱式(右・左)					
	独立型	23.固定式(右・左) 24.跳ね上げ式(右・左) 25.着脱式(右・左)					
	(加算)	26.高さ調整(右・左) 27.角度調整(右・左) 28.幅広(右・左) 29.延長(右・左)					
ブレーキ	駐車ブレーキ(標準) (加算) 30.介助用ブレーキ 31.フットブレーキ		ハンドリム	プラスチック(標準) 32.ステンレス 33.アルミ		(加算) 34.ピッチ30mm以上(右・左) 35.片手駆動	
駆動輪・主輪	固定式(標準) 36.着脱式		37.車軸位置調整 38.キャンバー角度変更 39.片手駆動 40.レバー駆動				
タイヤ	A 径： 16 18 20 22 24 その他()インチ		キャスト	A 径： 4 5 6 7 8 その他()インチ		エア(標準) 41.ノーパンク	ソリッド(標準) 42.衝撃吸収タイプ
【付属品】				必要な付属品の にチェック、番号に を付ける付属品や加算が必要な場合は下段に番号と理由を追記してください			
クッション(カバー付き)	平面形状型 43.モールド型		姿勢保持装置より		体幹パッド(右・左) 足部保持パッド(右・左)		
座板	(加算) 44.ゲル素材 45.多層構造		46.立体編物 47.滑り止め加工		48.防水加工		
ヘッドサポート	49.座板のみ 50.クッション一体型		背クッション		51.背クッションのみ 52.滑り止め加工追加		
フットサポート	53.着脱式(枕含む) 54.着脱式(枕オーダー)		55.マルチタイプ(枕含む) 56.マルチタイプ(枕オーダー)		57.枕(オーダーメイド) 枕(レディメイド)		
転倒防止装置	パイプ 61.キャスト付き 62.キャスト付き折りたたみ構造		テーブル		63.テーブル取付部品		
搭載台	64.呼吸器搭載台 65.痰吸引器搭載台		66.携帯用会話補助装置搭載台				
ハンドリム	滑り止めハンドリム 67.ノブ付きハンドリム(水平)		68.ノブ付きハンドリム(垂直)				
69.車載固定部品(個) 杖たて(一本杖・多脚つえ) 70.酸素ボンベ固定装置 栄養バック取付用ガードル架 点滴ポール							
日よけ 雨よけ 泥除け 71.スポークカバー 72.リフレクタ(個) 73.高さ調整式手押しハンドル 74.ブレーキ延長(右・左)							
追加する構造部品及び付属品の番号と理由を記載してください 姿勢保持装置の完成用部品や他の付属品が必要な場合は特記事項に記載							
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
()	_____		()		_____		
【特記事項】							
上記のとおり意見、処方する。				所在地			
年 月 日				医療機関名			
(自署又は記名押印) 医師氏名							
年 月 日				職・氏名			
製品検査							