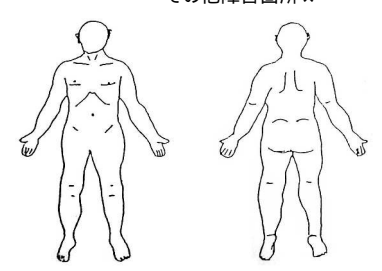


# 補装具費支給意見書・処方箋(電動車椅子)

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:電動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 )	
定類	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		

**( 電動車椅子構造 )** モジュール(標準) ・ オーダーメイド ・ レディメイド

本体名称	標準形(低速用)	標準形(中速用)	簡易形(切替式)	簡易形(アシスト式)		
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	標準形	手動リクライニング	電動リクライニング	電動ティルト	電動ティルト・リクライニング	電動リフト
	簡易形	リクライニング	ティルト	ティルト・リクライニング		
オーダーメイドが必要な理由(レディメイドの試乗結果を含む)						
リクライニング、ティルト、リフト機構等が必要な理由						

**( 電動車椅子の操作能力など )** 操作経験(デモ機含む)は( なし ・ あり )

操作能力	1.室内 ( 自立 見守り 一部介助 介助 )	2.室外 ( 自立 見守り 一部介助 介助 )
認知能力	1.操作理解 : 良好 困難 不明	2.交通法規理解 : 良好 困難 不明
使用場所	自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他( )	
車椅子操作	1.平坦地の操作 : 可 困難 不可	2.日常生活圏の坂路・悪路の操作 : 可 困難 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 ( )

