

補装具費支給意見書(レディメイド車椅子、歩行器、歩行補助つえ)

氏 名		生年月日	年 月 日生(歳)					
住 所								
障 害 名								
医 学 的 所 見	障害の部位 及び その状況							
	使用中の 補装具名	長下肢装具・短下肢装具・車椅子・歩行器・つえ・その他()						
	歩 行(装 具: 有・無)	屋外歩行可	屋内歩行可	介助	不可能			
	立 位 保 持	自立	要手すり	介助	不可能			
	移 乗	自立	要手すり	部分介助	全介助			
	座 位 保 持	自立	補助要:背もたれ・シートベルト・その他()		不可能			
	呼 吸 状 態	呼吸器の利用 (有 無)		痰吸引器の利用 (有 無)				
	栄 養 摂 取	経口摂取可能	鼻腔栄養	胃瘻造設	その他()			
	感覚障害(腰・背・臀部等)	無	軽度	重度	脱失 部位()			
	褥 瘡	無	既往有り	有	部位()			
	起立性低血圧	有	無					
	身 体 寸 法	身長()cm	体重()kg	座高()cm				
処 方 内 容	車 椅 子 操 作	・可能：両手 両足 片手(右・左) 片足(右・左) ・一部可 ・自操不能						
	レディメイド車椅子	普通型・手動リフト式普通型・前方大車輪型・片手駆動型・レバー駆動型 手押型(大車輪付・小車輪付) その他()						
	リクライニング(有 無)	必要理由 ・起立性低血圧のため ・長時間保持できない ・その他						
	ティルト (有 無)	具体的に記載						
	調整付 及 属 び 品	バックサポート	背折れ機構	背張り調整	これらの調整および付属品の必要な理由			
	アームサポート	脱着式	跳ね上げ式	高さ調整				
	レッグサポート	脱着式	拳上式	開閉式				
	その他	フットブレーキ 転倒防止装置(キャスター式折りたたみ式) クッション()						
歩 行 器	・六輪型・四輪型【・腰掛つき ・腰掛なし(①サドルテーブル付胸郭支持具若しくは骨盤支持具付 ②後方支持型)】 ・三輪型・二輪型・固定型・交互型							
歩行補助 つえ	松葉杖・カナディアンクラッチ・ロフストランドクラッチ・多点杖・プラットホーム杖			・片側のみ必要 ・両側必要				
使用 効果	その他具体的動作 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> ・屋外移動 ・立位の保持 ・職業の拡大 </td> <td style="border: none; font-size: 4em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> ・屋内移動 ・歩行 </td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> ・屋外移動 ・立位の保持 ・職業の拡大 	}	<ul style="list-style-type: none"> ・屋内移動 ・歩行
<ul style="list-style-type: none"> ・屋外移動 ・立位の保持 ・職業の拡大 	}	<ul style="list-style-type: none"> ・屋内移動 ・歩行 						
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 <div style="text-align: right;">診療科 医師名 印</div>								

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。