

補装具費支給意見書(オーダーメイド車椅子)

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	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
	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		
	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	

(車椅子) 普通型 前方大車輪型 片手駆動型 レバー駆動型 手押し型(大車輪・小車輪) その他()	a 肘掛(肘～座) b 大腿長 c 下腿長 d 肩甲骨(下端～座) e 臀部幅	
--	---	--

リクライニング (有・無) ティルト式 (有・無) 必要な理由 (リクライニングティルト型が必要な場合は特に詳しくお書きください)
 ・起立性低血圧のため その他
 ・長時間保持できない

オーダーメイドが必要な理由 具体的に記載
 ・体格上 ・生活上の活動機能(軽量化等)
 ・変形拘縮 ・障害の特性による(脊損等)
 ・車軸の移動 ・その他

オーダーメイド寸法	座席	床よりの高さ 前 cm 後 cm 奥行 cm 幅 cm	肘かけ	高さ cm	キャスター	4インチ・5インチ・6インチ・7インチ・その他()インチ
	背もたれ	高さ cm	主軸	24インチ・22インチ・20インチ その他()インチ		

調整及び付属品	バックサポート	背折れ機構 背張り機構	これらの調整要および理由付属品の
	アームサポート	脱着式 跳ね上げ式 角度調整 高さ調整 拡幅	
	レッグサポート	脱着式 挙上 開閉挙上 開閉脱着	
	フットサポート	前後調整 角度調整 左右調整	
	ハンドリム	滑り止め ノブ付	
	ブレーキ	フットブレーキ キャリパーブレーキ	
その他	転倒防止装置(キャスター折り畳み式) シートベルト クッション() テーブル		

使用効果 使用により改善できること ・外出が可能になる ・活動範囲の拡大 ・職業的広がり 等

上記のとおり意見します。
 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 医療機関名 _____
 診療科 _____
 医師名 _____ 印

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。車椅子の耐用年数は6年である。