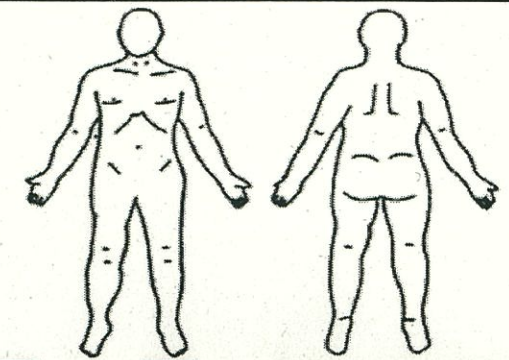


補装具費支給意見書 車椅子付座位保持装置

氏名				生年月日	年 月 日生(歳)
住所					
障害名					
障害の部位及びその状況	身体状況 				
	使用中の補装具名	長下肢装具・短下肢装具 車いす・歩行器・つえ その他() × 変形、 ■ 切断、 ▨ マヒ(障害)、その他自由記載			
歩行	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	
座りなおし	可能	不可能			
車椅子操作	両手	両足	片手	片足	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	無	軽度	重度	脱失	部位()
褥瘡	無	有	既往有り	部位()	
起立性低血圧	無	有			
身体寸法	身長()cm	体重()kg	座高()cm		
車椅子	普通型 手押し型(大車輪 小車輪) その他()				
	オーダーメイド リクライニング ティルト	(有・無) (有・無) (有・無)	必要理由		
調整および付属品	バックサポート	延長 背折れ機構 背張り調整			これらの調整および 付属品が必要な理由
	アームサポート	脱着式 跳ね上げ式 角度調整式 高さ調整式 拡張			
	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	クッション() 点滴ポール 痰吸引器搭載台 転倒防止装置(キャスター付折りたたみ式) スポークカバー			

車椅子付座位保持装置を支給した場合は、座位保持装置と車椅子を支給したこととする。耐用年数は車椅子部分6年、座位保持装置部分3年である。

採寸	頭部・頸部 上肢(右・左) 体幹部 骨盤・大腿部 下腿・足部(右・左)								
	採型								
支持部(ア)	頭部	頭部支え	骨盤・大腿部	・平面形状型 ・モールド型 ・アシスト有無 ・シート張り調節型	連結(イ)	固定	頭部 腰部・膝部・足部	構造 フレーム (ウ)	木材・金属
	上肢	・上肢支え ・前腕・手部支え	下腿部	下腿支え		遊動	腰部・膝部・足部		1 ティルト
	体幹部	・平面形状型 ・モールド型 ・アシスト有無 ・シート張り調節型	足部	足台		角度調整	機械式・ガス圧式 電動式		2 昇降機構
座位保持装置の処方内容	カットアウトテーブル		カットアウトテーブル・表面クッション張り						
	上肢保持部品		アームレスト・肘パッド・縦型グリップ・横型グリップ・その他()						
	体幹保持部品		肩パッド(右・左)・胸パッド・胸受けロール・体幹パッド(右・左)・腰部パッド・その他()						
	骨盤保持部品		骨盤パッド(右・左)・臀部パッド・その他()						
	下肢保持部品		内転防止パッド・外転防止パッド(右・左)・膝パッド(右・左)・下腿保持パッド(右・左)・足部保持パッド(右・左)・その他()						
	ベルト部品		肩ベルト(右・左)・腕ベルト(右・左)・手首ベルト(右・左)・胸ベルト・骨盤ベルト・股ベルト(右・左)・大腿ベルト(右・左)・膝ベルト(右・左)・下腿ベルト(右・左)・足首ベルト(右・左)・その他()						
	支持部カバー		頭部・上肢(右・左)・下腿部(右・左)・足部(右・左)	脱着式 有 : 無					
	内張り		体幹部 ・平面形状型 ・モールド型 ・シート張り調節型	骨大盤腿部 ・部 ・平面形状型 ・モールド型 ・シート張り調節型	脱着式 有 : 無				
	体圧分散補助素材		アームレスト(右・左)・テーブル・その他()						
	体圧分散補助素材		頭部・上肢・体幹部・骨盤・大腿部・下腿部・足部・その他()						
	キャスター		キャスター・多機能キャスター・その他()						
	その他		介助用グリップ・ストッパー・高さ調節用台座・その他()						
	調節機構	高さ調節	頭部支持部・体幹支持部・骨盤・大腿支持部・足部支持部・アームレスト・その他()						
		前後調節	頭部支持部・骨盤・大腿支持部・足部支持部・その他()						
		角度調節	頭部支持部・テーブル・その他()						
脱着機構		体幹パッド・骨盤パッド・膝パッド・アームレスト・内転防止パッド・その他()							
開閉機構		アームレスト・足部支持部・その他()							
使用効果		(具体的に記載してください)							
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。