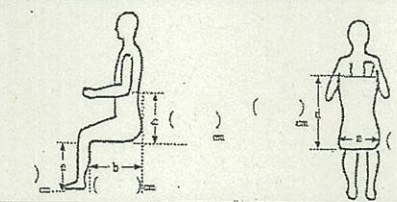


補装具費支給(難病患者等)意見書 (オーダーメイド車椅子)

氏 名:	生年月日	年 月 日生 (歳)		
住 所:				
疾患名:				
医学的所見	身体症状 変動状況 日内変動			
	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		
	処方内容	[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 臀部幅 b 大腿長 c 肘掛(肘～座) d 肩甲骨(下端～座) e 下腿長	
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 ・長時間保持できない その他 ()		
オーダーメイドが必要な理由		・体格上 ・変形拘縮 ・車輪の移動 ・生活上の活動機能(軽量化等) ・障害の特性による(骨損等) ・その他		
オーダーメイド寸法		座 席 床よりの高さ 前 cm 後 cm 奥行き cm 幅 cm 背もたれ 高さ cm 肘 掛 け 高さ cm 主 軸 24インチ・22インチ・20インチ その他()インチ 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	バックサポート 背折れ機構 背張り調整 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(キャスター付折りたたみ式) シートベルト クッション() テーブル	具体的に記載 () これらの調整および付属品の必要な理由
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。また、これに加えて難病法第6条第1項に基づく指定医が作成すること。車椅子の耐用年数は6年である。