

# 補装具費支給(難病患者等)意見書(電動車椅子)

氏名		生年月日	年 月 日生( 歳)
住所			
疾患名		障害名 (身障手帳所持者)	

医学的所見	身体症状 変動状況 日内変動			
	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:無・有)	屋外歩行可 屋内歩行可 介助 不可能	知的障害(認知症等)	無 疑い 有
	立位保持	自立 要手すり 介助 不可能	感覚障害	無 軽度 重度 脱失 部位( )
	移乗	自立 要手すり 介助 不可能	視野・視力・聴力障害等	無 有 障害状況( )
	座位保持	背もたれ(要・不要) シートベルト 不可能	内部障害	心臓障害 腎臓障害 その他( )
	座りなおし	可能 不可能	起立性低血圧	無 有
	車椅子操作	両手 両足 片手 片足 その他( )	褥瘡	無 有 既往有り 部位( )
身体寸法	身長( )cm	体重( )kg	座高( )cm	

・普通型 4.5km/H 6km/H ・簡易型 切替式 アシスト式) ・その他	付属品 及び 調整	バックサポート	延長 背折れ機構 背張り調整	これらの調整及び付属品が必要な理由 (必ずお書きください)
		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	
		その他	クッション( ) シートベルト 外部充電器 バッテリー( )	
リクライニング (有 無) ティルト式 (有 無) オーダーメイド(簡易型のみ) (有 無)		【必要理由】 ティルトリクライニングが必要な場合は特に詳しく記載してください ・起立性低血圧のため ・長時間保持できない ・その他		

使用効果 (操作の適否についても、記載してください。)

\*以下、簡易型の場合のみ記載してください。

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	a 臀部幅 b 大腿長 c 肘掛(肘～座) d 肩甲骨(下端～座) e 下腿長  
	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	

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。