

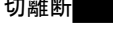
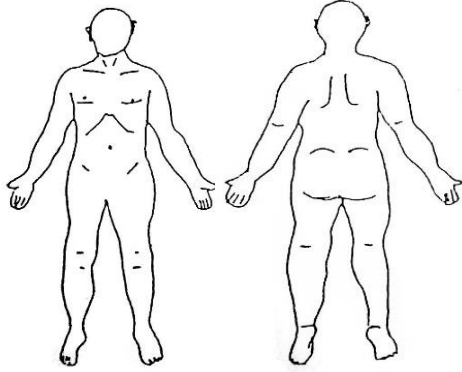
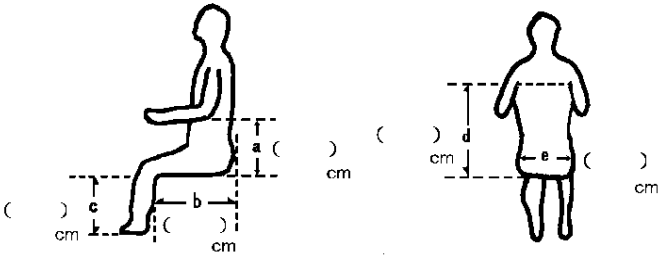


車椅子 補装具費支給意見書・処方票

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳																							
医学的所見	障害及び原傷病名又は疾病名	身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。			身長・体重																							
					( ) cm ( ) kg																							
主な使用場所	屋内・屋外・屋内外	新規支給 ・ 2台同時支給※ ・ 再支給		職業 (具体的に)																								
障 害 の 状 況	(注:当該補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。)																											
	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他( )		(図示すること) 運動障害  感覚障害  切離断  拘縮 ○ 変形 ×																								
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感覚脱失 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 感覚過敏																										
	変形・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位 : )																										
	握 力	右 ( ) kg ) 左 ( ) kg )																										
	定 頸	(抗重力位で) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定(枕等が必要)																										
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 背部支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不可																										
	歩行能力	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 歩行可能( ) m) <input type="checkbox"/> 杖・装具等( )使用し( ) m)歩行可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩きは可能 【歩行の状態を追加の情報があれば記載すること】																										
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 支持があると可能 <input type="checkbox"/> 不可																										
	褥 瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし																										
その他の所見																												
操 作 能 力	駆動能力	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> かろうじて自力にて可能 <input type="checkbox"/> 不可 ※自力駆動ができない者は、原則、介助用の支給になります。																										
	駆動方法	<input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 片手片足(右・左) <input type="checkbox"/> 両下肢 <input type="checkbox"/> 一側上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 全介助																										
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可能 <input type="checkbox"/> 全介助																										
採 寸	●身体寸法(測定寸法)(※必ず記入して下さい)		●車椅子寸法(※必ず記入して下さい)																									
			<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">シート</td> <td>前座高</td> <td>cm</td> <td>後座高</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>奥行</td> <td>cm</td> <td>幅</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>アームサポート高</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>バックサポート高</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ハンドリムピッチ</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> </tr> </table>			シート	前座高	cm	後座高	cm	奥行	cm	幅	cm		アームサポート高			cm		バックサポート高			cm		ハンドリムピッチ		
シート	前座高	cm	後座高	cm																								
	奥行	cm	幅	cm																								
	アームサポート高			cm																								
	バックサポート高			cm																								
	ハンドリムピッチ			cm																								
見 込	使用効	※使用により可能となることが見込まれる活動等、再製作の場合は理由等を記載して下さい。																										
事 特 項 記																												

※2台支給が認められるのは、教育上等の理由から、特に必要性があると認められた場合に限られます。