

補装具費支給要否意見書（電動車椅子）

|              |   |                                     |       |               |
|--------------|---|-------------------------------------|-------|---------------|
| 氏名           |   | 男・女                                 | 生年月日  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 疾患名          |   |                                     | 発症年月日 | 年 月 日         |
| 障害状況・身体状況等   | (病歴、全身所見、合併症、筋力、変形、麻痺、座位姿勢等の状況について)   |                                     |       |               |
|              | 歩行の状況   | ・可 (伝え歩き・杖使用・装具使用 ( )・その他 ( ))・不可   |       |               |
|              | 立位保持  | ・自力にて可 ・介助にて可 ・全介助                  |       |               |
|              | 立ち上がり   | ・自力にて可 ・介助にて可 ・不可                   |       |               |
|              | 座位保持  | ・背もたれ不要 ・背もたれ要 ・シートベルト要 ・不可         |       |               |
|              | 車椅子等への移乗  | ・自立 ・一部介助 ・全介助                      |       |               |
|              | 車椅子の操作  | ・自力駆動可 ・坂道・悪路は困難 ・自力駆動不可            |       |               |
|              | 車椅子の操作方法  | ・片上下肢 ・両上肢 ・片上肢 ・片下肢 ・両下肢           |       |               |
|              | 臀部の褥創   | ・無 ・有 (・現在は治癒しているが過去に有 ・現在過去ともに無)   |       |               |
|              | 臀部の状況   | ・皮膚の発赤、変色有 ・やせており、骨の突出有 ・その他 ・異常なし  |       |               |
|              | 臀部腰部近く障害  | ・無 ・有 (知覚脱失・知覚鈍磨・知覚過敏・その他 )         |       |               |
|              |   | ・身長 ( cm) ・体重 ( kg) ・握力 (右 kg、左 kg) |       |               |
|              | 電動車椅子の操作方法  | ・上肢 (右・左) ・頭部 ( ) ・その他 ( )          |       |               |
|              | 電動車椅子の操作  | ・自力にて可 ・見守り要 ・一部介助 ( )              |       |               |
|              | 視力障害  | ・無 ・有 ( ) ⇒安全走行に支障が (有・無)           |       |               |
|              | 視野障害  | ・無 ・有 ( ) ⇒安全走行に支障が (有・無)           |       |               |
|              | 聴力障害  | ・無 ・有 ( ) ⇒安全走行に支障が (有・無)           |       |               |
| 知的・認知障害等     | ・無 ・有 ( ) ⇒安全走行に支障が (有・無)   |                                     |       |               |
| の電動車椅子種類     | ・普通型 ・簡易型 (切替式・アシスト式) ・リクライニング式普通型 ・電動リクライニング式普通型<br>・電動リフト式普通型 ・電動ティルト式普通型 ・電動リクライニング・ティルト式普通型 |                                     |       |               |
|              | 製品名 (メーカー: 品番: 時速: km/h)  |                                     |       |               |
| 使用効果見込み      | (電動車椅子が必要である医学的理由や使用効果、リクライニング等の機能や付属品の必要性についても具体的にご記入ください)                                     |                                     |       |               |
| 上記のとおり意見する   |   |                                     | 年 月 日 |               |
| 医療機関名        |   |                                     |       |               |
| 所在地          |   |                                     |       |               |
| 診療担当科・作成医師氏名 |   |                                     | ㊞     |               |