

補装具費支給要否意見書（車椅子）

氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）		
疾患名			発症年月日	年 月 日		
障害状況・身体状況	(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 ・不可				
	立ち上がり	・自力にて可 ・介助にて可 ・不可				
	座位	・背もたれ不要 ・背もたれ要 ・シートベルト要 ・不可				
	車椅子への移乗	・自力で可 ・一部介助 ・全介助				
	車椅子の操作性	・自力駆動可 ・辛うじて自力駆動可 ・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
	車椅子の種類	名称	普通型（リクライニング式 ・ ティルト式 ・ リクライニングティルト式） ・ 手動リフト式普通型 前方大車輪型（リクライニング式） ・ 片手駆動型（リクライニング式） ・ レバー駆動型 手押し型（大車輪付・小車輪付）（リクライニング式 ・ ティルト式 ・ リクライニングティルト式）			
種類		・オーダーメイド ※処方箋要 ・既製品（メーカー名 型番 ） ※カタログの添付で可				
使用効果見込み	(車椅子の必要性や使用効果に加えて、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		
病院又は診療所名						
所在地						
診療担当科・作成医師氏名						