

補 装 具 支 給 意 見 書

(電動車椅子(簡易型を含む)用)

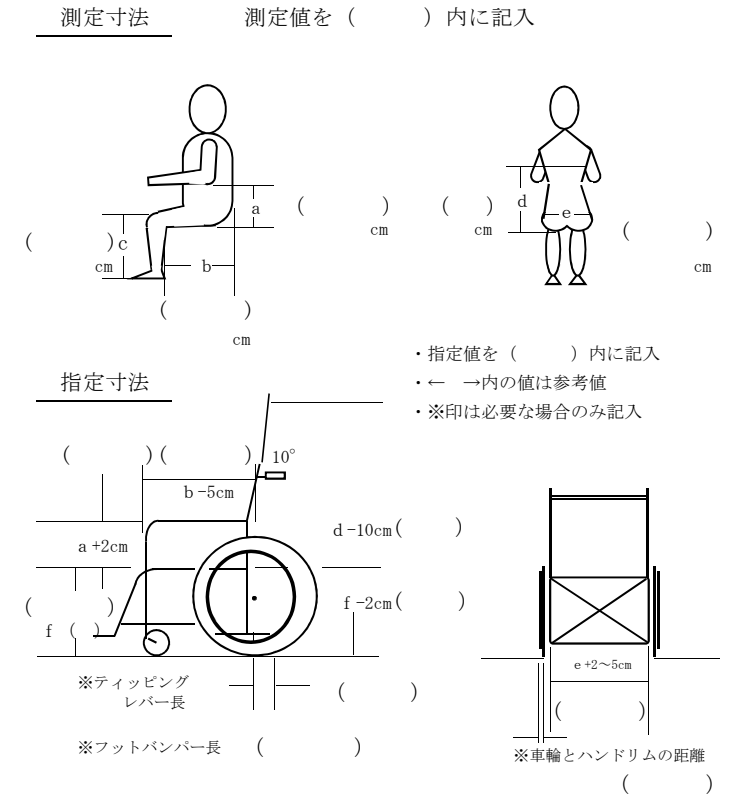
氏名	男・女		生年月日	年	月	日生(歳)			
住所									
医学的所見	疾患名	身長・体重		cm/kg					
	職業(具体的に)	移乗能力		自立・半介助・介助					
	手帳	障害名							
	原傷病名	(発生年月日)		難病等に該当(□する・□しない)					
	障害原因	先天性・後天性(外傷・戦傷・戦災・産業・交通・疾病・その他)							
障害・疾患等の状況(詳細)	(注) 下記補装具を必要と認める理由が明確になるよう記載すること。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載すること。								
主な使用場所	屋内	屋外	屋内外	速度	4.5km/h	6.0km/h	その他()		
名称	1 普通型	5 簡易型(切り替え式・アシスト式)		バッテリー	1 内臓式		充電器	内臓	
	2 リクライニング式	(車いす部分:オーダーメイド・レディーメイド)			通常・シールド				
3 電動リクライニング式	6 電動ティルト式		2 外付け(取り外し型)		マイコン内蔵型ニッカド電池			外部	
4 電動リフト式	7 電動リクライニング・ティルト式		マイコン内蔵型ニッケル水素電池						
ジョイスティック	操作源	1 上肢(右 左)	2 下肢(右 左)	3 頭頂部(チン マウス 額)					
	制御ボックス	1 位置	3 レバーの形		4 レバーの抵抗				
バックサポート	(背もたれ)	1 固定式		レッグサポート	1 固定式		フットサポート	1 調整なし	
		2 延長バックサポート	2 デスク型		2 脱着式			2 前後調整(片・両)	
ブレーキ	アームサポート	3 高さ角度調整式		シート	3 固定式		材質	3 角度調整(片・両)	
		4 高さ調整式	4 高さ調整式		4 開閉挙上式			4 左右調整(片・両)	
フレーム	5 背折れ機構		5 跳ね上げ式		5 開閉脱着式		5 開閉・着脱式		
	6 背座間角度調整		6 脱着式		6 伸縮式		1 軽合金		
キャスター	7 ハッドサポートベース(枕含む)		7 幅広(左・右・両)		1 両側兼用		2 プラスチック		
	8 枕(オーダー・レディー)		8 延長(左・右・両)		2 片側独立		3 ベルト		
ブレーキ	1 レバー式		1 固定式		1 標準		右		
	a) 平板 b) 丸棒		2 継ぎ手式		2 ソリッド式(座板)		a) 着脱式 b) 折りたたみ式		
フレーム	2 トグル式		3 片手操作		3 張り調整		踵止め		
	3 その他()		延長		4 座奥行き調整		左		
フレーム	材質:鉄・ステンレス・軽合金・その他()		駆動輪		1 径:18・20・22・24インチ・その他()		両		
	特記事項()				2 ホイール材質:鉄・ステンレス・軽合金・その他()				
キャスター	1 径:5・6・7・8インチ		ハンドリム		3 タイヤ:空気入り・ノーパンク				
	2 形状:ソリッド				1 材質:鉄・ステンレス・軽合金・樹脂・その他()				
PU・ソフトフォーミング				2 標準形状		3 ノブ付き:4・6・8・10ヶ、水平・垂直・握り			
屋外用(エアース)				4 滑り止め:ゴム、皮革・ビニールコーティング、その他					
				5 その他()					

<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者	<input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者
<input type="checkbox"/> シートベルト	<input type="checkbox"/> 腰ベルト	<input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> クッション () cm	<input type="checkbox"/> ポリエステル・ウレタン多層構造・立体編物構造	<input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン多層構造
<input type="checkbox"/> 単一空気量調整	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造	
<input type="checkbox"/> 背クッション	<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿骨部が ^o ト)	<input type="checkbox"/> クッションカバー
<input type="checkbox"/> クッション滑り止め	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド	

※クッション選択に関する特記事項 ()

付属品 (オプション)

- キャリパーブレーキ
 - フットブレーキ
 - 電動又は電磁式ブレーキ
 - 泥除け (右・左)
 - スポークカバー (右・左・両)
 - 車軸位置調整
 - クライマーセット (段差乗り越え補助装置)
 - フロントサブホイール (溝・脱輪予防装置)
 - サイドガード
 - 転倒防止装置 (先ゴム、キャスター)
 - 屋外用キャスター
 - ステッキホルダー (1本・2本)
 - 点滴ポール
 - 酸素ボンベ固定装置
 - 人工呼吸器搭載台
 - 携帯用会話補助装置搭載台
 - 栄養^oック取付用ガードル架
 - 痰吸引器搭載台
 - 幅止め
 - ガスダンパー
 - 前輪パワーステアリング
 - 高さ調節式手押しハンドル
 - 車載時固定用フック
 - 日よけ (雨よけ)
 - その他
-
-
-
-
-



特記事項、使用者の希望事項など記述すること

意見書作成年月日	年 月 日
医療機関名	
医師名	印

(注意) 身障法第15条第1項に基づく指定医、障害者総合支援法施行令第1条第2項に基づく医療を行う機関において当該医療を主として担当する医師で肢体不自由の指定を受けている医師若しくは難病に係るものについては、都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された医師が作成のこと。