様式第6号

オーダーメイド方式を必要とする理由

氏　名		男・女	生年月日	年　月　日生（　歳）

オーダーメイド方式を必要とする場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。

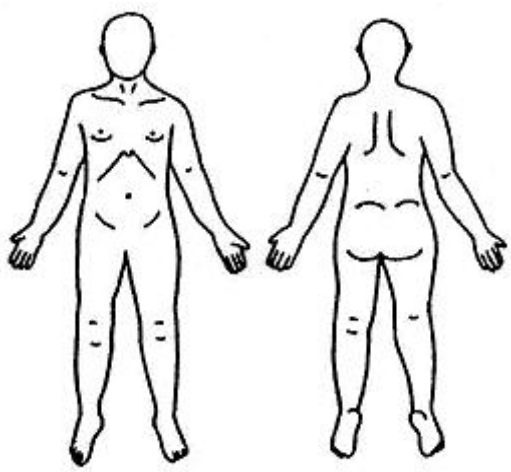
1 身体寸法　　2 身体状況　　3 特別な車いすの構造等　4 環境要因　　5 その他

1 身体寸法（レディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。）

2 身体状況（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）

① 感覚障害（下記図示）　⇒　なし　感覚脱失　感覚鈍麻　異常感覚
② 運動障害（下記図示）　⇒　弛緩性麻痺　痙性麻痺　固縮　不随意運動
しんせん　運動失調　その他
痙性の部位および程度（　）
③ 四肢欠損等、形態異常　⇒　なし　あり（部位・程度　）
④ 変形　⇒　なし・脊柱・上肢・下肢（部位・程度　）
⑤ 関節可動域制限　⇒　なし　あり（部位・程度　）

参考図示



×変形　切離断　感覚障害　運動障害

3 特別な車いすの構造等

4 環境要因（家屋の構造・交通事情等）

5 その他の理由

備　考

年　月　日

医療機関名

医 師 名　　㊞

（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。