

# 補装具費支給意見書・処方箋(電動車椅子)

様式12

氏名		男・女	生年月日	M T S H R	年 月 日	歳
住所			職業 学校名(学年)			
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ( 疾病・外傷発生年月日: 年 月 日 ) ※ 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で定める特殊の疾病(難病等)に該当 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない )						
《 身体状況 》 障害・疾患等の状況 (注: 下記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。)						
① 運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ( )	(図示すること) 切離断■ 麻痺☑ 褥瘡● その他障害箇所×  身長 ( )cm 体重 ( )Kg 握力 右( )kg 左( )kg				
② 感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他( )					
③ 変形・拘縮	なし あり(部位 )					
④ 定額	抗重力位で 良好 不安定(枕が必要)					
⑤ 座位	自力にて可能 背部支持があれば可能 不可					
⑥ 歩行能力	歩行不能 杖・装具等( )使用し( )m 伝い歩き 歩行可能( m)					
⑦ プッシュアップ*	可能 不可					
⑧ 起立性低血圧	なし あり					
⑨ 視覚障害	なし あり(程度 )					
⑩ 褥瘡	既往なし 既往あり(部位 ) 現在あり(部位 )					
その他の所見						
《 申請する電動車椅子の名称 》						
電動車椅子の名称 ( レディメイド オーダーメイド ) 普通型 (4.5km/h 6.0km/h ) 簡易型( A.切替式 B.アシスト式 ) (普通型 手押し型) リクライニング式普通型 電動リクライニング式普通型 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						
《 車椅子の操作能力 》						
平坦地の操作 : 可 困難 不明 日常生活圏の坂路・悪路の操作 : 可 困難 不明						
《 電動車椅子の操作能力など 》						
操作能力	室内 ( 自立 見守り 一部介助 介助 )		室外 ( 自立 見守り 一部介助 介助 )			
認知能力	操作理解 : 可 困難 不明		交通法規理解 : 可 困難 不明			
操作経験	なし あり(期間: )		使用中			
オーダーメイドが必要な理由(レディメイドの試乗結果含む)						
リクライニング、ティルト、リフトなどの必要な理由						
《 申請する電動車椅子の使用場所 》						
使用場所 : 自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他( )						
《 使用効果の見込み(再作製が必要な理由を含む) 》						
《 現在、他に所持している補装具があれば使用状況について記載してください 》 ( なし・あり )						
補装具の名称と 使用状況						
《 身体計測値・車椅子採寸表 》 シート色( )						

<b>《 付属品 》</b> ※番号等に○を付け、( )内に個数及び場所等を記載してください。	
A コントロールボックス 上肢(右・左) 下肢(右・左) 頭頸部(チン・マウス・額) その他( ) B 充電器 内臓充電器( ) 外部充電器【( )簡易型( )】 当該機能内蔵( ) C バッテリー バッテリー交換【( )密閉型( )】 マイコン内蔵型【ニッカド電池( ) ニッケル水素電池( )】 リチウムイオン電池( ) D 電動又は電磁ブレーキ 【簡易型用 除く( ) 限る( )】 ACサーボモーター式 その他( )	
1 クッション( ) 2 ポリエステル繊維,ウレタンフォーム等の多層構造のもの及び立体編物構造のもの( ) 3 ゲルとウレタンフォームの組合せのもの( ) 4 バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの( ) 5 特殊形状クッション( ) 6 特殊な空気室構造のもの( ) 7 フローテーションパッド( ) 8 背クッション( ) 9 クッションカバー防水( ) 10 クッション滑り止め部品 11 泥除け( ) 12 テーブル( ) 13 シートベルト(箇所・ )(本) 14 ステッキホルダー(杖たて)( ) 15 スポークカバー( ) 16 転倒防止装置{( )・キャスター付き折りたたみ式( )} 17 ガスダンパー( ) 18 ティルト用ガスダンパー( ) 19 ワイヤ( ) 20 成長対応型部品 21 日よけ(雨よけ)部品( ) 22 幅止め( ) 23 携帯用会話補助装置搭載台( ) 24 酸素ボンベ固定装置( ) 25 人工呼吸器搭載台( ) 26 栄養パック取り付け用ガードル架( ) 27 点滴ポール( ) 28 痰吸引器搭載台( ) 29 その他( )	
<b>《 フレーム関連 》</b> ※その他の材質等	<b>《 キャスター関連 》</b>
A 径 16 19 22 その他( )mm B 材質 鉄 ステンレス 軽合金 その他( ) C その他	A 径 3 4 5 6 7 8 その他( )インチ B ソリッド 30 屋外用キャスター(エア式等) C キャスター取付部品
<b>《 駆動輪及び車軸関連 》</b>	<b>《 ハンドリム関連 》</b>
A 径 16 18 20 22 24 その他( )インチ B ホイール材質 鉄 軽合金 ステンレス その他( ) C タイヤ ソリッド 空気入り 31 ノーパンクタイヤ その他( ) 32 車軸位置調整部品 33 6輪型構造部品 34 大車輪脱着ハブ( ) 35 ハブ取付部品( ) 36 車載時固定用フック( ) その他( )	A 径 16 19 22 (片側・両側) B 材質 ステンレス プラスチック 鉄 軽合金 その他( ) C 形状 標準 37 滑り止め(材質: ) 38 ノブ付き( 個) その他( )
<b>《 ヘッドサポート及びバックサポート関連 》</b>	<b>《 シート:座関連 》</b>
A 標準式 B 着脱式 C その他 39 ヘッドサポートベース(マルチ) 40 枕(オーダー・レディーメイド) 41 バックサポートパイプ( ) 42 バックサポートパイプ取付部品( ) 43 バックサポート(背当シート) 44 延長バックサポート 45 張り調整式バックサポート 46 高さ調整式バックサポート 47 背折れ機構部品 48 背座間角度調整部品 49 高さ調整式手押しハンドル	標準 50 座張り調整部品 51 座奥行き調整(スライド式)部品 52 座板 その他( ) <b>《 ブレーキ関連 》</b> 型式 レバー式 トグル式 その他( ) 53 キャリパーブレーキ( ) 54 フットブレーキ(介助者用)( ) 55 延長用ブレーキアーム 右(長・短) 左(長・短)
<b>《 アームサポート関連 》</b> A 標準型 B デスク型 C その他( ) 56 高さ角度調整式( ) 57 高さ調整式(段階調整式)( ) 58 角度調整式( ) 59 跳ね上げ式( ) 60 脱着式( ) 61 拡張部品( ) 62 延長部品( ) その他( )	<b>《 フットサポート関連 》</b> A 固定式 B 着脱式 C 折りたたみ式 材質 軽合金 プラスチック ベルト 63 フットサポート角度前後調整(前後・角度・左右)( ) その他( )
<b>《 レッグサポート関連 》</b> レッグサポート( 両側兼用 片側独立 ) その他( ) 固定式 64 脱着式( ) 65 拳上式(パッド形状)( ) 66 開閉拳上式(パッド形状)( ) 67 開閉・脱着式( )	
<b>《 必要な付属品の番号と理由を記載してください 》</b>	
番号 理由 ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____	番号 理由 ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____
<b>《 特記事項 》</b>	
上記のとおり意見、処方する。所在地 令和 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印	
令和 年 月 日 材料・工作等検査 職・氏名 印	