

様式第3号

補装具費（購入・修理）支給意見書（車椅子・車椅子機能付き座位保持装置用）

氏名 (男・女) 明・大・昭・平・令 年 月 日生 才

住所 電話番号

1 診断名 2 障害名 級 項
・体幹 級 項
・上肢 級 項
・下肢 級 項
・内部 級 項

3 発症年月日 年 月 日

4 現症及び障害の程度
・知的障害 (なし・軽度障害・重度障害)
・視覚障害 (有・無)
・聴覚障害 (有・無)
・心・肺・内部障害 (有・無)

5 身長 cm 体重 kg

6 起居移動動作
・寝返り (可・一部可・不可)
・座位保持 (可・一部可・不可)
・室内移動 (独歩・つえ・つたい歩き・膝立ち歩き・四つ這い・座位移動)
・その他 () ・不可
・移乗動作 車椅子と ベット との移乗が (可・不可)
トイレ (可・不可)
床 (可・不可)
浴そう (可・不可)
・プッシュ・アップ (可・不可)

7 既に交付された補装具
・普通型車いす 年 月 日
・手押し型車いす 年 月 日
・電動車いす (大輪・バギー) 年 月 日
・松葉つえ・つえ (両側・片側)
・その他の装具

8 障害者用の居住の改築 (有・無)

9 車椅子操作能力
前進 (良・可・不可) 自力走行・介助
後進 (良・可・不可) 移乗 (自立・一部介助・全介助)
右旋回 (良・可・不可) 介助者 同伴・否
左旋回 (良・可・不可)
停止 (良・可・不可)

10 主たる使用目的
病院・施設内 (退院・退所見込み年月日)
外出用 ()
在宅生活用 ()

11 車椅子の種類
(1) レディメイド
・種類 (普通型・手押し型・その他)
・メーカー名
・型番
(2) オーダーメイド (工作的特徴・希望事項・処方理由)
・種類 (普通型・手押し型・その他)
(3) 電動車椅子 (社会状況調査表、住宅地図を添付のこと)
(4) 特例補装具

12 オプション
テーブル、シートベルト、クッション、フローテーションパッド
特別調整料 (内訳)

13 修理

14 座位保持装置
○病名 ○装着しなければならない補装具の名称

○補装具の処方及び工作的所見 ○補装具使用による効果の見込み

上記のとおり診断します。
令和 年 月 日

医療機関
科 名
医師氏名
(署名又は記名押印)

※身体障害者は身体障害者福祉法による指定医、身体障害児は指定自立支援医療機関又は保健所の医師の記載に限ります。