

(表)

様式第3号

補装具費支給意見書(車いす/座位保持装置)

購入 修理(交換) 借受け 特例

Form with fields for Name, Date of Birth, Address, and Residence details.

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

Main form containing sections 1-6 for medical history, current condition, physical measurements, and functional assessments.

7. 車いす・座位保持装置の種類

*身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

(1) 種類を選択してください。

- レイメイト オーダーメイト 電動車いす 座位保持装置 座位保持装置(車いすフレーム)

(2) 車いす及び座位保持装置の車いすフレームの仕様を選択してください。

- 普通型 リクライニング式普通型 ティルト式普通型 リクライニング・ティルト式普通型
 手動リフト式普通型 前方大車輪型 リクライニング式前方大車輪型 片手駆動型
 リクライニング式片手駆動型 レバー駆動型 手押し型 (A・B) リクライニング式手押し型
 ティルト式手押し型 リクライニング・ティルト式手押し型 その他 ()

(3) 上記で選択した車いす・座位保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名

/ 機種名

8. 工作的工夫とその理由

*該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

- 身体サイズ 障害状況 使用環境 その他 ()

理由：

9. オプションとそれらが必要な理由

*該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

- 座面クッション 【商品名： _____】

理由：

- 体幹保持クッション 【商品名： _____】

理由：

- その他 [_____]

理由：

10. 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。

年 月 日

医療機関

診療科・医師名