

## 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

氏名			
生年月日	年	月	日生（ ）歳
住所	新潟県		
	<input type="checkbox"/> 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他（ ） 】		
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】		
	<input type="checkbox"/> 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】		

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。

1-①病名	1-②障害名・障害部位		
2. 現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）			
3. 身長	cm	体重	kg
4. 起居移動動作			
①座位保持	<input type="checkbox"/> 端座位可	<input type="checkbox"/> 支持にて可	<input type="checkbox"/> 端座位不可
②室内移動	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 補助具使用で可（使用補助具：）	<input type="checkbox"/> 不可
③フットケア	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
④褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 過去にあり（）年頃	<input type="checkbox"/> なし
5. 車いす操作能力 *車いす・車いす機能付座位保持装置の場合のみ記入してください。			
①車いすの操作	<input type="checkbox"/> 自操可	<input type="checkbox"/> 辛うじて自操可	<input type="checkbox"/> 不可
	【場所： 屋内 / 屋外】		
	【手段：上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（ ）】 【操作安全性：問題なし / 問題あり（理由：）】		
②車いすの移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
③自動車への積込	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> その他（）
6-①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。			
<input type="checkbox"/> 自宅 【バリアフリー環境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（）】			
<input type="checkbox"/> 職場／施設／学校 【バリアフリー環境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他（）】			
<input type="checkbox"/> その他（場所記載：）			
6-②概ねの使用頻度			
(1) 1日あたり _____ 時間程度		(2) 1週あたり _____ 日間程度	

**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_