

補装具費支給に関する意見書 (簡易形電動車椅子用)

※太枠欄は記入しないでください。

身 体 障 害 者 更 生 相 談 所 審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当 2 不 適 当 3 要 確 認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	印
審査年月日	年 月 日

氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
住 所				歳
現在の居所	☐ 在宅 ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ その他 () (在宅以外の名称：) (入居(予定)期間： ~)			
同居者の状況	なし ・ あり (父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 子 ・ 兄弟 ・ 祖父母 ・ 孫 ・ その他)			
原因となった 疾病・外傷名	☐ 先天性 ☐ 疾病 ☐ 交通 ☐ 労災 ☐ その他 () (病名：)			
発 生 年 月	年 月 ごろ			
【身体寸法】	座位肘頭高			
身 長	座位下腿長			
体 重	座 位 臀 幅			
座位腋下高	座 底 長			
現 在 の 障害部位 の 状 況	【 F I MやB I等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。 】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり ・ なし) 【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】			
現 在 の 身 体 ・ 活 動 状 況	感覚障害	(☐ 腰背部 ☐ 臀部) ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 軽度 ☐ なし		
	褥瘡の有無	☐ あり ☐ 現在はないが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし		
	臀部の状態	☐ 異常なし ☐ 皮膚の発赤、変色あり ☐ 痩せており、骨の突出あり		
	立ち上がる	☐ 自力にて可 ☐ (つかまり・支え)にて可 ☐ 不可		
	起立位保持	☐ 自力にて可 ☐ (つかまり・支え)にて可 ☐ 不可		
	歩 行	☐ 屋外移動可 ☐ 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 ☐ 不可		
	車椅子への移乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助		
	座 位	☐ 自力にて可 ☐ 支持 (背部・頭部) があると可 ☐ 不可		
車椅子の操作	☐ 自力にて可 ☐ 部分的に可 ☐ 不可 ※ 自走可の場合→操作方法 {両手・右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}			

様式 2-8 (裏面)

製作区分	☐新規☐再製作☐修理 ※再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。				
基本価格	身体部位	☐標準（上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部）☐頭頸部			
本体価格	名称・区分	☐簡易電動（☐切替式☐アシスト式） ☐モジュラー式（商品名）☐オーダーメイド式☐レディメイド式（商品名）			
機構加算	☐リクライニング機構☐ティルト機構☐ティルト・リクライニング機構				
構造部品加算	操作ボックス		☐ 標準操作ボックス（標準）		
	操作レバー		☐感度調整ジョイスティック（標準）☐ばね圧変更		
	スイッチ		☐標準スイッチ（標準）☐スイッチ延長（本）		
	バッテリー		☐リチウムイオンバッテリー（標準）☐ニッケル水素バッテリー		
	基本構造		☐後方大車輪（標準）☐前方大車輪☐幅止め構造		
	シート		☐スリング式（標準）☐張り調整式☐板張り式（本）☐奥行調整構造		
	バックサポート	名称	☐スリング式（標準）☐張り調整式		
		備考	☐ワイドフレーム☐バックサポート延長☐高さ調整☐背座角度調整☐背折れ構造		
	フット・レッグサポート（片側）		☐固定式（標準）☐挙上式☐着脱式☐開閉着脱式 ☐挙上・開閉着脱式☐レッグベルト（全面張り）		
	フットサポート	名称	☐セパレート式（標準）☐セパレート式（二重折込式）☐中折式		
		備考	☐前後調整構造☐角度調整構造☐左右調整構造		
	アームサポート（片側）	名称	☐フレーム一体型	☐固定式（標準）☐跳ね上げ式☐着脱式	
		備考	☐独立型	☐固定式（標準）☐跳ね上げ式☐着脱式	
			☐高さ調整構造☐角度調整構造☐アームサポート拡幅☐アームサポート延長		
	ブレーキ		☐ 電動又は電磁波ブレーキ		
	タイヤ		☐エア（標準）☐ノーパンク		
	キャスタ		☐ソリッド（標準）☐衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	名称	☐プラスチック（標準）☐ステンレス☐アルミ			
	備考	☐ピッチ 30mm 超☐片手駆動構造☐滑り止め☐ノブ付き（垂直ノブ）			
付属品	クッション（カバー付き）		☐平面形状型☐モールド型☐ゲル素材☐多層構造☐立体編物 ☐滑り止め加工☐防水加工		
	座板		☐座板☐クッション一体型（クッションとの併用加算不可）		
	背クッション		☐背クッション☐滑り止め加工		
	ヘッドサポート		☐着脱式（枕含む☐オーダーメイド）☐マルチタイプ（枕含む☐オーダーメイド） ☐枕（オーダーメイド）☐枕（レディメイド）		
	フットサポート		☐ヒールループ☐アンクルストラップ☐ステップカバー		
	テーブル		☐テーブル☐テーブル取付部品		
	転倒防止装置		☐パイプ☐キャスタ付き（☐折りたたみ構造）		
	☐搭載台（☐呼吸器搭載台☐痰吸引機搭載台☐携帯用会話補助装置搭載台）☐車載固定部品（個） ☐杖たて（☐一本杖☐多脚つえ）☐酸素ボンベ固定装置☐栄養パック取付用ガードル架☐点滴ポール ☐日よけ☐雨よけ☐泥よけ☐スポークカバー☐リフレクタ（個）☐高さ調整式手押しハンドル ☐ブレーキ（延長レバー）☐パワーステアリング☐クライマーセット☐手動スイングアーム ☐チンコントロール式（☐電動☐手動）☐簡易 1 入力 ☐多様入力コントローラ（☐非常停止スイッチボックス☐4 方向スイッチボード☐8 方向スイッチボード） ☐小型ジョイスティックボックス☐フォースセンサ☐足用ボックス				
	☐ジョイスティックレバーノブ各種形状（小ノブ、球ノブ、こけしノブ） ☐ジョイスティックレバーノブ各種形状（U ノブ、十字ノブ、ペンノブ、太長ノブ、T 字ノブ、極小ノブ）				
	製作（購入）、修理にあたっての選定理由、留意点		【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】		
使用効果見込		【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】			
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号（ ） ※ 下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。） ☐ 身体障害者福祉法第 15 条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注） ☐ 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注） ☐ 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 ☐ 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師					

《参 考》 簡易形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド（簡易型）対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈簡易型対象者〉

- 1 A切替式
 - (1) 平坦路は自走可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者
 - (2) アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
- 2 Bアシスト式
アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者