

補装具費支給に関する意見書 (標準形電動車椅子用)

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 日						
【身体寸法】	座位肘頭高						
身 長	座位下腿長						
体 重	座位臀幅						
座位腋高	座 底 長						
現在の身体・活動状況	感覚障害 (下記図示)	☐ 腰背部 (☐ なし ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 軽度) ☐ 臀部 (☐ なし ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 軽度)					
	運動障害 (下記図示)	☐ 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 ()					
	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	☐ 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 ☐ 不可 (☐ 自力にて可 ☐ 手すり・壁 ☐ 杖 ☐ 義肢・装具) ☐ 屋外移動可 (☐ 自力にて可 ☐ 杖 ☐ 義肢・装具)					
	車椅子への移乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助					
	ステップの操作	☐ 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					
除圧動作	☐ 自力にて可 ☐ プッシュアップ等により可 ☐ 不可						
車椅子の操作	☐ 自力にて可 ☐ 部分的に可 ☐ 不可 ※自力・部分的に可の場合→操作方法 {右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}						
現在の障害状況 (筋力、関節可動域など)	【FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、参考図示 (関係のない部分は記入不要) それらの情報も御記入ください。】 × 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害						
使用中の補装具の状況	使用中の補装具 (あり ・ なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】						
処方補装具の使用効果見込	【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。】						

様式 2-7 (裏面)

製作区分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理		
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	☐ 低速用 4.5 km/以下 ☐ 中速用 6 km/以下 ☐ 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)	
		☐ 手動リクライニング機構 ☐ 電動リクライニング機構 ☐ 電動ティルト機構 ☐ 電動ティルト・リクライニング機構 ☐ 電動リフト機構	
機構加算			
構 造 部 品 加 算	操作ボックス	☐ 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	
	バッテリー	標準形 ☐ シールドバッテリー（標準） ☐ リチウムイオンバッテリー	
	基本構造	☐ 後方大車輪（標準）	
	シート	☐ 板張り式（標準） ☐ スリング式 ☐ 張り調整式 ☐ 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 ☐ 高さ調整構造 ☐ 背座角度調整構造 ☐ 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）
		備考	☐ 前後調整構造 ☐ 角度調整構造 ☐ 左右調整構造 ☐ 金属製フットサポート
	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） ☐ 独立型 （ ☐ 固定式（標準） ☐ 跳ね上げ式 ☐ 着脱式）
		備考	☐ 高さ調整構造 ☐ 角度調整構造 ☐ アームサポート幅広 ☐ アームサポート延長
	ブレーキ		☐ 電動又は電磁ブレーキ（標準）
	タイヤ		☐ エア（標準） ☐ ノーパンク
キャスタ		☐ エア（標準） ☐ ノーパンク	
付属品	☐ 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 ☐ チンコントロール一式（ ☐ 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）		
	☐ フットサポート（ ☐ ヒールループ ☐ アングルストラップ ☐ ステップカバー）		
	☐ クッション・カバー付き（ ☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ ゲル素材 ☐ 多層重構造 ☐ 立体編物 ☐ 滑り止め加工 ☐ 防水加工）		
	☐ 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） ☐ マルチタイプ（枕含む） ☐ 枕（ ☐ オーダーメイド ☐ レディメイド）		
	【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。】		
	製作（購入）、修理にあたっての選定理由、留意点		
	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 ㊞ （自署の場合は押印不要）			
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 条第 1 項に基づく指定医			
☐ 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			
☐ 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》 標準形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈電動リクライニング機構対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
- 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要がある者
- 3 股関節拘縮や強直がある者
上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者

〈電動ティルト機構対象者〉

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等

上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での自立姿勢交換が可能となる者

〈電動リフト機構対象者〉

手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者

※ 自力乗降が可能な者であっても、日常生活や介護者の状況等を勘案し、真に必要と認められる場合は、交付対象となる場合がある。