

補装具費支給に関する意見書 (簡易形電動車椅子用)

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。】						

《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