

# 補装具費支給意見書・処方箋(車椅子)

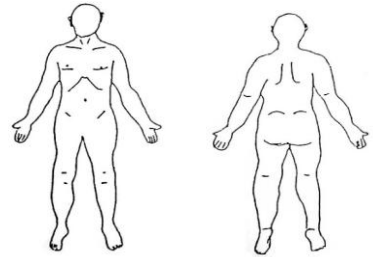
第7号様式

氏名		生年月日	T H	S R	年 月 日	歳
住所			職業 学校名(学年)			
障害名			原因 傷病 名	(疾病・外傷発生年月日: 年 月 日) ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する □しない)		

障害・疾患等の状況 (注: 下記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。)

① 運動障害	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 ( )
② 感覚障害	なし	感覚脱失	感覚鈍麻	感覚過敏	その他 ( )			
③ 変形・拘縮	なし	あり (部位)						
④ 定額	抗重力位で ( 良好 不安定[枕が必要] )							
⑤ 座位	自力にて可能 背部支持があれば可能 不可							
⑥ 歩行能力	歩行不能 杖・装具等 ( ) 使用し ( ) m 伝い歩き 歩行可能 ( ) m							
⑦ プッシュアップ	可能 不可							
⑧ 起立性低血圧	なし あり							
⑨ 視覚障害	なし あり (程度)							
⑩ 褥瘡	既往なし 既往あり (部位) 現在あり (部位)							

(図示すること) 切離断 ■ 麻痺 ☒ 褥瘡 ●  
その他障害箇所×



身長 ( ) cm 体重 ( ) Kg

握力 右 ( ) kg 左 ( ) kg

所見 (原因疾病の進行性の有無や麻痺、拘縮等の程度及び車椅子の処方など留意(配慮)すべき事項などを記入してください)

基本価格	標準	頭頸部			
製作方式	モジュラー式(標準)	オーダーメイド式	レディメイド式		
本体価格	自走用 介助用				
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	リフト機構	
基本構造	後方大車輪(標準)	前方大車輪	6輪	□ 幅止め 個	

オーダーメイドが必要な理由 (レディメイドの試乗結果含む)

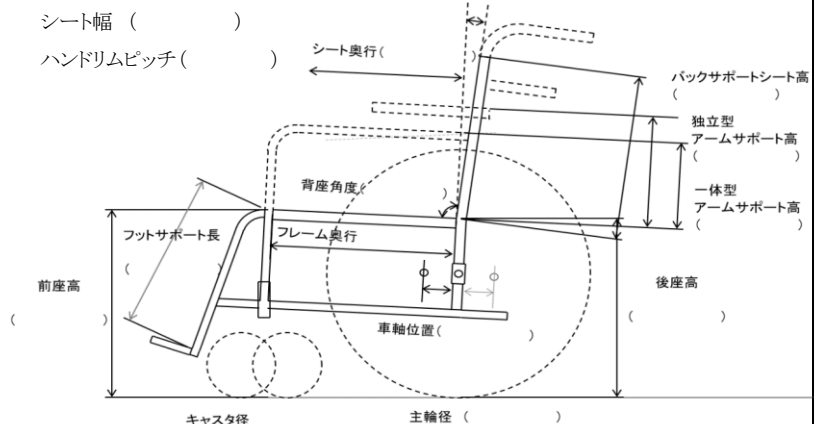
リクライニング、ティルト、リフト等が必要な理由

操作方法	両上肢 (右・左)上肢	両下肢 (右・左)下肢	(右・左)上下肢	不可(手押し)
操作能力	室内 (自立 見守り 一部介助 介助)		室外 (自立 見守り 一部介助 介助)	
使用場所	自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他 ( )			
トランスファー	可能 一部介助 不可			

使用効果の見込み (再作製が必要な理由を含む)

補装具の名称と使用状況  
現在、使用している補装具 ( なし ・ あり )

身体計測値・車椅子採寸表



構造部品加算			
シート	バックサポート	フット・レッグサポート	フットサポート
1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ	1 固定(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式 (二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整
アームサポート	ブレーキ	タイヤ	ハンドリム
一体型 1 固定式(標準) 2 跳ね上げ式 3 着脱式	1 駐車用ブレーキ(標準) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ	1 エア(標準) 2 ノーパンク	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ
独立型 1 固定式 2 跳ね上げ式 3 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 幅広 <input type="checkbox"/> 延長	駆動輪・主輪 1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動	キャスタ 1 (標準)ソリッド 2 衝撃吸収タイプ	<input type="checkbox"/> ピッチ30mm以上 <input type="checkbox"/> 片手駆動
付属品			
クッション(カバー付き)	ヘッドサポート	フットサポート	転倒防止装置
1 平面形状型 2 モールド型 <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工	・着脱式(枕含む) ・マルチタイプ(枕含む) <input type="checkbox"/> 枕オーダー変更 ・枕(オーダーメイド) ・枕(レディメイド)	・ヒールループ (左・右) ・アングルストラップ (左・右) ・ステップカバー (左・右)	・パイプ ・キャスタ付き <input type="checkbox"/> 折りたたみ構造
	搭載台	杖たて	ハンドリム
	・呼吸器 ・痰吸引器 ・携帯用会話補助装置	・一本杖 ・多脚つえ	・滑り止め ・ノブ付き <input type="checkbox"/> 垂直ノブ
・座板 <input type="checkbox"/> クッション一体型 ・背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 ・車載時固定部品 ____個	・テーブル ・テーブル取付部品 ・酸素ボンベ固定装置 ・栄養バック取付用ガードル架	・点滴ボール ・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 (左・右) ・ブレーキ延長レバー
〔付属品〕 姿勢保持装置 製作要素			
完成用部品			
特記事項 その他付属品			
メーカー名 製品名			
上記のとおり意見、処方する。	所在地		
令和 ____年 ____月 ____日	医療機関名		
	指定医氏名		