

補装具費支給に関する意見書 (標準形電動車椅子用)

※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 不適當 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	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし		
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在は無いが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内(階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲)歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持(背部・頭部)があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 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}			

裏面に続く

《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式普通型対象者〉

- 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

〈電動リフト式普通型対象者〉

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。

〈電動ティルト式普通型対象者〉

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

(以下削除)

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 不適當 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	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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	(<input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし		
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 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}		

裏面に続く

様式2-8 (裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) <input type="checkbox"/> 頭頸部	
本体価格	名称・区分	<input type="checkbox"/> 簡易電動 (<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式) <input type="checkbox"/> モジュラー式 (商品名) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 (商品名)	
機構加算	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 標準操作ボックス (標準)	
	操作レバー	<input type="checkbox"/> 感度調整ジョイスティック (標準) <input type="checkbox"/> ばね圧変更	
	スイッチ	<input type="checkbox"/> 標準スイッチ (標準) <input type="checkbox"/> スイッチ延長 (本)	
	バッテリー	<input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー (標準) <input type="checkbox"/> ニッケル水素バッテリー	
	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪 (標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 幅止め構造	
	シート	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 (本) <input type="checkbox"/> 奥行調整構造	
	バックサポート	名称	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式
		備考	<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"/> 背折れ構造
	フット・レッグサポート (片側)	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト (全面張り)	
	フットサポート	名称	<input type="checkbox"/> セパレート式 (標準) <input type="checkbox"/> セパレート式 (二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式
		備考	<input type="checkbox"/> 前後調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> 左右調整構造
	アームサポート (片側)	名称	<input type="checkbox"/> フレーム一体型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式
		備考	<input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> アームサポート拡幅 <input type="checkbox"/> アームサポート延長
	ブレーキ	<input type="checkbox"/> 電動又は電磁波ブレーキ	
	タイヤ	<input type="checkbox"/> エア (標準) <input type="checkbox"/> ノーバンク	
キャスタ	<input type="checkbox"/> ソリッド (標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	名称	<input type="checkbox"/> プラスチック (標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ	
	備考	<input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> ノブ付き (垂直ノブ)	
付属品	クッション (カバー付き)	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> 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	
	座板	<input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め加工	
	ヘッドサポート	<input type="checkbox"/> 着脱式 (枕含む) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> マルチタイプ (枕含む) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 枕 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (レディメイド)	
	フットサポート	<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー	
	テーブル	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品	
	転倒防止装置	<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ付き (<input type="checkbox"/> 折りたたみ構造)	
	<input type="checkbox"/> 搭載台 (<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台) <input type="checkbox"/> 車載固定部品 (個) <input type="checkbox"/> 杖たて (<input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ (個) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ (延長レバー) <input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> チンコントロール式 (<input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動) <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ (<input type="checkbox"/> 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> 8方向スイッチボード) <input type="checkbox"/> 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> フォースセンサ <input type="checkbox"/> 足用ボックス <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【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