様式第5号

 　　　　　　　　 補装具費支給（購入・修理）意見書　 （車椅子用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生（　　）歳 | 性別 | 男･女 |
| 住所 | 職業（具体的に） |
| 障害名 | 原因となった疾病・外傷名※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない） |
| 医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）※難病患者等については、身体状況等の変動状況￥や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名　　　称** | 1 普通型2 リクライニング式普通型3 ティルト式普通型4 リクライニング・ティルト式普通5 前方大車輪型6 リクライニング式前方大車輪型7 手動リフト式普通型8 片手駆動型（右・左）9 リクライニング式片手駆動型（右・左）10 レバー駆動型11 手押し型（大車輪有　　小車輪のみ）12 リクライニング式手押し型13 ティルト式手押し型14 リクライニング・ティルト式手押し型15 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　 | **シート** | 1 張り調整　2 奥行き調整　3 座板4 特例　　座パッド |
| **ブレーキ** | 1 レバー式　2 トグル式　3 その他4　キャリパーブレーキ　5 フットブレーキ6 延長ブレーキアーム |
| **ハンドリム** | 1.径　　①16㎜　②19㎜　③22㎜2.材質　①軽合金 ②鉄 ③ｽﾃﾝﾚｽ ④樹脂 ⑤その他3 型式 ①標準 ② ノブ付　（水平・垂直・握り）4すべり止め　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　5 その他 |
| **付　　　　　　　　属　　　　　　　　　品** | 1 クッション　① 多層構造のもの及び立体編物構造のもの　② ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの　③ バルブの開閉だけで空気量を調整するもの　④ 特殊な空気室構造のもの　⑤ フローテーションパッド　⑥ 背クッション　⑦ 特殊形状クッション2 クッションカバー3 クッション滑り止め部品4 枕　（・オーターメイド　・レディメイド）5 リフレクタ　（・夜光材　・夜光反射材）6 シートベルト（　本）（腰、胸、股、その他　　　　）7 テーブル8 スポークカバー　（・右　・左　・両）9 ステッキホルダー10 泥よけ11 転倒防止装置　（・キャスターなし・キャスター付き折りたたみ式）12 携帯用会話補助装置搭載台13 酸素ボンベ固定装置14 人工呼吸器搭載台15 栄養パック取り付け用ガートル架16 点滴ポール17 ガスダンパー18 幅止め19 車載時固定用フック20 日よけ（雨よけ）21 ６輪構造部品22 成長対応型加算23 痰吸引器搭載台24 その他　 |
| **フレーム** | 1 径　　①16㎜　②19㎜　③22㎜2 材質　①鉄　②ステンレス　③軽合金　④その他（　　　）3 その他　① ｻｲﾄﾞ拡張　② 折りたたみ4 特例1. 前方オフセットフレーム

　②　フレーム補強 |
| **駆　動　輪** | 1 径 18, 20, 22, 24 ｲﾝﾁ　その他（　　　　）2 材質 ①鉄　②ステンレス　③軽合金　④その他（　　　）3 タイヤ ① ｿﾘｯﾄﾞ　②空気入り　③ﾉｰﾊﾟﾝｸﾀｲﾔ4 調整①　車軸位置調整　② 大車輪脱着ハブ |
| **キャスター** | 1 径　　　　5，6，7，8インチ,その他2 タイヤ　①ｿﾘｯﾄﾞ ②PU・ｿﾌﾄｳｫｰﾐﾝｸﾞ ③屋外用ｷｬｽﾀｰ |
| **バックサポート** | 1 張り調整式　2 高さ調整式　3 背折れ機構4 背座間角度調整　5 延長　6 高さ調整式手押しハンドル7 ヘッドサポートベース（マルチタイプ）8　特例　①　後彎対応調整式バックサポート1. 骨盤サポート

③　背パッド  |
| **アームサポート** | 1 高さ角度調整式 2 高さ調整式 3 角度調整式4 跳ね上げ式　5 脱着式 6 拡幅　7 延長 |
| **レッグサポート** | 1 脱着式　2 挙上式　3 開閉挙上式4 開閉・脱着式 |
| **フットサポート** | 1 前後調整　2 角度調整　3 左右調整 |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出来上がり重量　　　　　ｋｇ備考　１　その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。　　　２　色、材質、本人の希望事項などを記述すること。　　　３　記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。 |
| 身長体重 | 　　　㎝／　　　㎏ | 種目名称別コード |  |
| 使用効果見込み |  |
| 　上記のとおり意見する。　　　　年　　月　　日　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　所　　在　　地　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |