様式第8-1号

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男･女　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住所 | 職業 |
| 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。 |

補装具費支給（購入・修理）意見書 　（電動車椅子用） **※簡易型を除く**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **型　　　　　式** | 1 普通2 リクライニング式普通型3 電動リクライニング式普通型4 電動リフト式普通型5 電動ティルト式普通6 電動リクライニング・ティルト式普通型7 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 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）9 携帯用会話補助装置搭載台 10 酸素ボンベ固定装置11 人工呼吸器搭載台12 栄養パック取り付け用ガートル架13 点滴ポール14 車載時固定用フック15 日よけ（雨よけ）16 痰吸引器搭載台17 ＡＣサーボモーター式18内蔵充電器19外部充電器20バッテリー　（・密閉型　・ﾏｲｺﾝ内蔵ﾆｯｶﾄﾞ電池・マイコン内蔵型ﾆｯｹﾙ水素電池）21電動・電磁ブレーキ22手動ブレーキ23 クライマーセット 24 フロントサブホイール25 ノーパンクタイヤ（前輪・後輪）26 その他　※　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。 |
| **車名** |  |
| **速度** | 1 　４．５㎞／ｈ2 　６．０㎞／ｈ |
| **寸法** | 1 メーカー標準2 指定・ シート幅・ シート高・ その他 |
| **バックサポート** | 1 張り調整式　2 延長　3 ヘッドサポートベース（マルチタイプ）4 その他　5　特例1. 後彎対応調整式バックサポート
2. 骨盤サポート

③　背パッド |
| **アームサポート** | 1 高さ調整式 2 跳ね上げ式　3 拡幅　4 延長5 その他 |
| **レッグサポート** | 1. 開閉・脱着式

2 その他 |
| **フットサポート** | 1 前後調整　2 角度調整　3 左右調整 |
| **コントローラー** | 1 電動スイングチンコントロール一式2 手動スイングチンコントロール一式3 多様入力コトローラー　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）4 簡易１入力一式5 延長式スイッチ  |
| **ジョイ****スティック** | 1 レバー形状　①小ノブ②球ノブ③こけしノブ④Ｕノブ⑤十字ノブ⑥ペンノブ⑦太長ノブ⑧Ｔ字ノブ⑨縮小ノブ2 感度調整式ジョイステッイク3 ジョイスティックのバネ圧変更 |
| **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**　　　　　　　　　　　　　　　**病院又は診療所名****所　 　在 　　地****診 療 担 当 科 名****医 師 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印** |

様式第8-2号

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男･女　　　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 住所 | 職業 |
| 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。 |

補装具費支給（購入・修理）意見書　　　　　　　　（簡易型電動車椅子用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **種類** | 1 切替式　（・4.5㎞/h ・6.0㎞/h）　2 アシスト式　（・4.5㎞/h ・6.0㎞/h） | **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 |
| **型　　　　　式** | 1 普通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 手動リフト式普通型6 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簡易型電動装置25 ＡＣサーボモーター式26 外部充電器27バッテリー　（・密閉型　・ﾏｲｺﾝ内蔵ﾆｯｶﾄﾞ電池・ﾏｲｺﾝ内蔵型ﾆｯｹﾙ水素電池・ﾘﾁｳﾑｲｵﾝ電池）28 クライマーセット 29 フロントサブホイール30 その他 |
| **フレーム** | 1. 径　　① 16㎜　② 19㎜　③ 22㎜

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
2. 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 |
| **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7 電動・電磁ブレーキ8 手動ブレーキ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。　　平成　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式第９号

**補装具費支給(購入・修理)意見書 (電動車椅子用)**　　(内部機能障害用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住　所 |  |
| 障害名及び原因となった疾病・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　） |
| 障害の状況※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。 |
| 障害の程度（次のいずれかに○印をする）ア　心臓（呼吸器その他）の障害により自己の身辺の日常生活活動が極度に制限されるものイ　心臓（呼吸器その他）の障害により家庭内での日常生活動が著しく制限されるものウ　心臓（呼吸器その他）の障害により社会での日常生活動が著しく制限されるもの  |
| 電動車椅子を使用する必要性（歩行が制限されている状態と電動車椅子の必要性との関係を記載する） |
| 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。　　　平成　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　病院又は診療所名　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |