（表）

様式第３号

補装具費支給意見書（車いす／座位保持装置）

☐ 購入　☐ 修理（交換）　☐ 借受け　☐ 特例

氏　名	
生年月日	年　月　日生　（　　）歳
住　所	新潟県
	☐ 自宅　【 独居 ／ 家族同居 ／ 他（　　） 】
	☐ 施設入所中　【施設名：　障害施設／介護施設／救護施設／その他】
	☐ 入院中　【退院見込：　年　月頃 ／ 退院見込みなし 】

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1－①病名	**1－②障害名・障害部位**

2．現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）

3．身長　cm　**体重**　kg

4．起居移動動作

①座位保持　☐ 端座位可　☐ 支持にて可　☐ 端座位不可

②室内移動　☐ 独歩　☐ 補助具使用で可（使用補助具：　）　☐ 不可

③ﾌﾟｯｼｭｱｯﾌﾟ　☐ 可　☐ 不可

④褥瘡の有無　☐ あり　☐ 過去にあり（　）年頃　☐ なし

5．車いす操作能力　***車いす・車いす機能付座位保持装置の場合のみ記入してください。**

①車いすの操作　☐ 自操可　☐ 辛うじて自操可　☐ 不可

【場所：　屋内 ／ 屋外 】

【手段：上肢（右／左）／下肢（右／左）／その他（　）】

【操作安全性：問題なし／問題あり（理由：　）】

②車いすの移乗　☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助

③自動車への積込　☐ 自立　☐ 介助　☐ その他（　）

6－①主たる使用場所　***該当する使用場所を選択してください。**

☐ 自宅　【バリアフリー環境：☐ 有　☐ 無　☐ その他（　）】

☐ 職場／施設／学校　【バリアフリー環境：☐ 有　☐ 無　☐ その他（　）】

☐ その他（場所記載：　）

6－②概ねの使用頻度

（1）１日あたり＿＿時間程度　（2）１週あたり＿＿日間程度

（裏）

7．車いす・座位保持装置の種類　　***身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。**

（1）種類を選択してください。

☐ ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞ　☐ ｵｰﾀﾞｰﾒｲﾄﾞ　☐ 電動車いす　☐ 座位保持装置　☐ 座位保持装置(車いすﾌﾚｰﾑ)

（2）車いす及び座位保持装置の車いすフレームの仕様を選択してください。

☐ 普通型　☐ リクライニング式普通型　☐ ティルト式普通型　☐ リクライニング・ティルト式普通型

☐ 手動リフト式普通型　☐ 前方大車輪型　☐ リクライニング式前方大車輪型　☐ 片手駆動型

☐ リクライニング式片手駆動型　☐ レバー駆動型　☐ 手押し型（A・B）　☐ リクライニング式手押し型

☐ ティルト式手押し型　☐ リクライニング・ティルト式手押し型　☐ その他（　　）

（3）上記で選択した車いす・座位保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

ﾒｰｶｰ名　　／　機種名

8．工作的工夫とその理由　　***該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。**

☐ 身体サイズ　☐ 障害状況　☐ 使用環境　☐ その他（　　）

理由：

9．オプションとそれらが必要な理由　　***該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。**

☐ 座面クッション　【商品名：　　】

理由：

☐ 体幹保持クッション　【商品名：　　】

理由：

☐ その他［　　］

理由：

10．補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年　　月　　日　　医療機関

診療科・医師名