# 補装具費支給意見書（レディメイド車椅子、歩行器、歩行補助つえ）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏　　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） |
| 住　　所 | | | |
| 障 害 名 | 年　　月　　事故 ・ 疾病 （病名　　） | | |

**医学的所見**

| | | |
|---|---|---|
| 障害の部位及びその状況 | | |
| 使用中の補装具名 | 長下肢装具・短下肢装具・車椅子・歩行器・つえ・その他（　　） | |
| 歩　行（装　具：　有 | 屋外歩行可　屋内歩行可　介助　不可能 | |
| 立　位　保　持 | 自立　要手すり　介助　不可能 | |
| 移　　乗 | 自立　要手すり　部分介助　全介助 | |
| 座　位　保　持 | 自立　補助要：背もたれ・シートベルト・その他（　　）不可能 | |
| 呼　吸　状　態 | 呼吸器の利用 （ 有　無 ）　痰吸引器の利用 （ 有　無 ） | |
| 栄　養　摂　取 | 経口摂取可能　鼻腔栄養　胃瘻造設　その他（　　） | |
| 感覚障害（腰・背・臀部 | 無　軽度　重度　脱失　部位（　　） | |
| 褥　　瘡 | 無　既往有り　有　部位（　　） | |
| 起立性低血圧 | 有　無 | |
| 身　体　寸　法 | 身長（　　）cm　体重（　　）kg　座高（　　）cm | |

**処方内容**

**レディメイド車椅子**

| | | |
|---|---|---|
| 車椅子操作 | 可能：両手　両足　片手（右・左）片足（右・左）・一部可・自操不能 | |
| 自走用<br>介助用　その他（　　） | | |
| リクライニング(有　無)<br>ティルト　（有　無） | （必要理由）<br>・起立性低血圧のため<br>・長時間保持できない<br>・その他 | 具体的に記載 |
| 調整付及属び品 バックサポート | 背折れ機構　背張り調整 | **これらの調整および付属品の必要な理由** |
| 調整付及属び品 アームサポート | 着脱式　跳ね上げ式　高さ調整 | |
| 調整付及属び品 レッグサポート | 着脱式　挙上式　開閉式 | |
| 調整付及属び品 その他 | フットブレーキ<br>転倒防止装置（キャスター付折りたたみ式）<br>クッション（　　） | |

**歩行器**

・六輪型
・四輪型
【・腰掛つき　・腰掛なし（ ①サドルテーブル付き　胸郭支持具若しくは骨盤支持具付② 後方支持型 ） 】
・三輪型　・　二輪型　・　固定型　・　交互型

**歩行補助つえ**

松葉づえ ・ カナディアンクラッチ ・ ロフストランドクラッチ ・ 多脚つえ・ プラットホーム杖　・片側のみ必要 ・両側必要

**使用効果**

・屋外移動　・屋内移動
・立位の保持　・歩行
・職業の拡大

その他具体的動作

上記のとおり意見します。

年　　月　　日

医療機関名
診　療　科
医　師　名

意見書は、身体障害者福祉法第１５条第１項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。