補装具費支給意見書
標準形電動車椅子

氏　名		生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年　月　日（　）歳	
住　所				TEL	
医学的所見	疾患名		身　長 体　重	cm／　kg	職業（具体的に）
	障害名	種　級			主な使用場所	屋内　屋外　屋内外

障害の部位及びその状況					
使用中の装具	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・無）	屋外歩行　屋内歩行　介助　不可能	立位保持	自立　要手摺り　介助　不可能		
移乗動作	自立　要手摺り　介助　不可能	座位保持	背もたれ（要・不要）・シートベルト・不可能		
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			座りなおし	可能　不可能
知的障害（認知症等）	無　疑い　有	視野・視力・聴力障害等	無　有　障害状況（　）		
感覚障害	無　軽度　重度　脱失　部位（　）	内部障害	心臓障害　腎臓障害　その他（　）		
褥瘡	無　有　既往有り　部位（　）	起立性低血圧	無　有		

【処方内容】

基本価格	1．標準　2．頭頚部		本体	1．標準形（低速用）　2．標準形（中速用）	
a．新規支給（1台）	b．2台同時支給	c．再支給	a．モジュール（標準）	b．オーダーメイド	c．レディメイド

機構加算	1．手動リクライニング機構	バッテリ	1．シールドバッテリ	
	2．電動リクライニング機構		2．リチウムイオンバッテリ	
	3．電動ティルト機構	操作ボックス	1．標準型	
	4．電動ティルト・リクライニング機構	操作レバー	1．感度調整	a．ばね圧変更
	5．電動リフト機構	スイッチ	1．標準型	a．スイッチ延長　個

【構造部品加算】

シート	1．板張り式（標準） 2．スリング式 3．張り調整式	a．奥行き調整構造	バックサポート	1．スリング式（標準） 2．張り調整式	a．ワイドフレーム b．バックサポート延長 c．高さ調整構造 d．背座角度調整 e．背折れ構造
フットレッグサポート	1．固定式（標準） 2．挙上式 3．着脱式 4．開閉着脱式 5．挙上・開閉着脱式	a．レッグベルト全面張り	フットサポート	1．セパレート式（標準） 2．セパレート式（二重折込式）	a．前後調整 b．角度調整 c．左右調整 d．金属製フットサポート
アームサポート	1．フレーム一体型_固定式 2．フレーム一体型_跳ね上げ式 3．フレーム一体型_着脱式 4．独立型_固定式 5．独立型_跳ね上げ式 6．独立型_着脱式	a．高さ調整構造 b．角度調整構造 c．アームサポート幅広 d．アームサポート延長	ブレーキ	1．電動又は電磁ブレーキ（標準）	
			タイヤ	1．エア（標準） 2．ノーパンク	キャスタ　1．エア（標準） 2．ノーパンク

【付属品】

- ☐ パワーステアリング
- ☐ クライマーセット
- ☐ 手動スイングアーム
- ☐ 電動チンコントロール一式
- ☐ 手動チンコントロール一式
- ☐ 多様入力コントローラ
- ☐ a．非常停止スイッチボックス
- ☐ b．４方向スイッチボード
- ☐ c．８方向スイッチボード
- ☐ d．小型ジョイスティックボックス
- ☐ e．フォースセンサ
- ☐ f．足用ボックス
- ☐ 簡易１入力
- ☐ ジョイスティックノブ
- ☐ 小/球/こけし
- ☐ U/十字/ペン/太長/T字/極小
- ☐ ヒールループ　左・右
- ☐ アンクルストラップ　左・右
- ☐ ステップカバー　左・右

- ☐ テーブル
- ☐ テーブル取付部品
- ☐ 呼吸器搭載台
- ☐ 痰吸引器搭載台
- ☐ 携帯会話補助装置搭載台
- ☐ 車載用固定部品　＿＿＿個
- ☐ 杖たて（一本杖）　左・右
- ☐ 杖たて(多点つえ)　左・右
- ☐ 酸素ボンベ固定装置
- ☐ 栄養パック取付用ガートル架
- ☐ 点滴ポール
- ☐ 日よけ
- ☐ 雨よけ
- ☐ 泥よけ
- ☐ スポークカバー
- ☐ リフレクタ　＿＿＿個
- ☐ 高さ調整手押しハンドル　左・右

- ☐ クッション（カバー付き）
  - 1．平面形状型
  - 2．モールド型
  - a．ゲル素材
  - b．多層構造
  - c．立体編物
  - d．滑り止め加工
  - e．防水加工
- ☐ 背クッション　a．滑り止め加工
- ☐ ヘッドサポート
  - 1．着脱式（枕含む）
  - 2．マルチタイプ（枕含む）
  - a．枕オーダーメイド変更
  - 3．枕（オーダーメイド）
  - 4．枕（レディメイド）

【付属品】姿勢保持装置_製作要素と必要性について

【特記事項・使用効果・操作の適否等、具体的に記載】

【完成用部品】必要な理由について

種目名称別コード		メーカー名／製品名	

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、又は障害者総合支援法第59条に定める自立支援医療機関の医師が作成すること。電動車椅子の耐用年数は6年である。