|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **様式２－２　　　　　　補装具費支給・修理意見書（車椅子用）　　　（表面）**  **※オーダーメイドの場合は次頁に必要理由を記載すること** | | | | | | | |
| **製作方式** | **モジュール方式**　**レディメイド方式**　**オーダーメイド方式** | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生（　　歳） | | |
| 疾患名 |  | | | | | 発症日　　　　年　　月　　日 | |
| 障害名 |  | | | | | | 障害手帳　　　種　　級 |
| 障害の状況 | （病歴、全身所見、合併症、筋力、ＡＤＬ等）  握力：右　　　Kg／左　　　Kg | | | | | | |
| 来所困難な  医学的理由 |  | | | | | | |
| **日常生活活動の様子（不足分はその他の欄にご記入ください。）** | | | | | | | |
| 座位保持の様子 | | 背もたれ不要　　要背もたれ　　要シートベルト　　不可能 | | | | | |
| 普通型車椅子の座位耐久時間 | | ６時間以上　　　３～６時間　　　30分～3時間　　　30分以下 | | | | | |
| 立位保持の様子 | | 自立　　　　　要手すり　　　　　介助　　　　　　　不可能 | | | | | |
| 乗り移り | | 自立　　　　　要手すり　　　　　一部介助　　　　　全介助 | | | | | |
| 歩行（装具：　有・無） | | 屋外歩行可能（　　　m）　屋内歩行可能（　　　m）　不可能 | | | | | |
| 車椅子操作方法 | | 両手　　　　　両足　　　　　片手片足　　　　　その他（　　　　） | | | | | |
| 車椅子操作（屋内） | | 可能（　　m）　　　　　　　要監視　　　　　　　　不可能 | | | | | |
| 車椅子操作（屋外） | | 可能（　　m）　　　　　　　要監視　　　　　　　　不可能 | | | | | |
| 知的障害（認知症など） | | 無　　　　　　　　　　　　　疑い　　　　　　　　　有 | | | | | |
| 感覚障害（腰背部、臀部など） | | 障害なし　　　　　軽度　　　　　重度　　　　　　　脱失 | | | | | |
| 褥瘡 | | 無・有　　　既往あり　　　発赤（無・有）　　　部位（　　　　　） | | | | | |
| 座りなおし | | 可能　　　　　　　　　　　不可能 | | | | | |
| 起立性低血圧 | | 無　　　　　　　　　　　　　有 | | | | | |
| **身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）** | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| 身長（　　　　　　cm） | |
|  | |
| 座高（　　　　　　cm） | |
|  | |
| 体重（　　　　　　kg） | |
|  | |
| **車椅子の名称（型式）**※選定理由欄が不足の場合は、別紙に記載してください。（別添の参考書式をご参照ください）  　　（モジュール・レディメイド・オーダーメイド）方式の　　　　　　　　　　　　　　　　　　型車椅子  [選定理由] | | | | | | | |
| **必要な装備品等**※品目ごとに必要理由を記載してください。別紙に記載でも可です。（別添の参考書式をご参照ください） | | | | | | | |
| **車椅子の処方効果、主な使用目的** | | | | | | | |
| **その他** | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | 病院又は診療所名  所　　在　　地  診療担当科名  作成医師氏名 | | | | |

※身体障害者福祉法第１５条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **様式２－２　　　　　　補装具費支給・修理意見書（車椅子用）　　　（裏面）**  **＜オーダーメイド方式を必要とする理由＞** | | | | | | | | | | |
| オーダーメイド方式で作製する必要がある場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。  **１．身体寸法　　２．身体状況　　３．特別な構造等　　４．環境要因　　５．その他** | | | | | | | | | | |
| 1. 身体寸法（モジュール又はレディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。） | | | | | | | | | | |
| ２．身体状況　　（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。） | | | | | | | | | | |
| (1)感覚障害（下記に図示）：　　　なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚 | | | | | | | | | | |
| (2)運動障害（下記に図示）：　　　弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他 | | | | | | | | | | |
| 痙性の部位および程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| (3)四肢欠損等、形態異常：　　　なし・あり・（部位・程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| (4)変形：　　　　　なし・脊柱・上肢・下肢・（部位・程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| (5)関節可動域制限：なし・あり・（部位・角度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 参考図示　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[追加所見] | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  | 変形 | | ✕ | 切離断 |  | 感覚障害 |  | 運動障害 |  |  |
| ３．特に必要とされる構造 | | | | | | | | | | |
| ４．環境要因 | | | | | | | | | | |
| ５．その他の理由 | | | | | | | | | | |
| ６．処方内容  り | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | |
| ※モジュール式又はレディメイドの場合、このページは記載不要 | | | | | | | | | | |

様式２－２(2)