様式２－５

内部障害者用車椅子支給（修理）意見書

（車椅子、電動車椅子用）

氏　名	年　月　日生（　才）		
住　所			
障害名		手帳等級	種　級
原因となった疾病名			

参考となる経過・現症

〈歩行能力〉

握力：右（　）kg　左（　）kg

車椅子の使用経験　普通型車椅子（有・無）　電動車椅子（有・無）

自力操作　普通型車椅子（可・不可）電動車椅子（可・不可）

交通法規の理解能力（有・無）

〈その他参考となる合併症状〉

補装具の名称	

付属品及び特別な処方

補装具使用により可能となること。

・屋内移動

・屋外移動

・介助が不要となる

・その他（具体的に）

令和　年　月　日

医療機関名

所　在　地

指定医師名

※身体障害者福祉法１５条指定医師により作成のこと。