**補装具費支給意見書（電動車椅子用）**　　　　**（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**

**様式３－２**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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） | | |
| **障害名** | ※身体障害者手帳の「障害名」を記載してください。 | | | **等級** | 種　　級 |
| **１　原因となった疾病・外傷名及びその経過**  （発生年月日　　　　年　　月　　日頃） | | | | | |
| **２　現在の身体状況**  身長（　　　）cm　　　　体重（　　　）kg  **①上肢**（切断や麻痺等の有無, 握る・つまむ・物を持つ等の具体的動作について記入）  【握力】　右（　　）㎏　　左（　　）㎏  **②下肢**（切断や麻痺等の有無, 動作能力について具体的に記入）  **③現在の移動方法**（自力歩行・介助歩行・いざり・手動車椅子駆動・車椅子による介助等）**及び**  **移動能力**  屋内・・・移動方法（　　　　　　　）　　　移動能力（　　　）ﾒｰﾄﾙ程度　　　使用補装具（　　　　　　　　　　　）  屋外・・・移動方法（　　　　　　　）　　　移動能力（　　　）ﾒｰﾄﾙ程度　　　使用補装具（　　　　　　　　　　　）  **④視力・聴力・視野**  視力障害　　有　　無　（有の場合その状況 ）  視野障害　　有　　無　（有の場合その状況 ）  聴力障害　　有　　無　（有の場合その状況 ）  **⑤褥瘡等の状況**  感覚障害（臀部・腰背部など）　　なし　　軽度　　重度　　脱失  褥瘡　　　　　　　　　　　　　　なし・あり（部位：　　　　　　　　）  褥瘡既往　　　　　　　　　　　　なし・あり（部位：　　　　　　　　） | | | | | |
| **３　日常生活の活動制限の有無（安静を要する場合はその程度）** | | | | | |
| **４　交通法規の理解**正常　　　　劣る  （劣る場合はその状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **５　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） | | | | | |
| **６　処方効果、主な使用目的** | | | | | |
| **７　総合所見（電動車椅子を必要とする医学的理由）** | | | | | |
| 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **補装具費支給意見書（電動車椅子用）**　　　　**（裏面）**  **様式３－２**  **＜電動車椅子で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 | | | | | | | | | | |
|  | | 身長（　　　　　　　cm）  座高（　　　　　　　cm）  体重（　　　　　　　kg） | | | | | | | | |
|  | 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．オーダーメイドによる処方効果  おり | | | | | | | | | | |
| 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



**３－２(2)**

* 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。
* 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。（様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。）



**３－２(3)**

* 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。
* 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。（様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。）