

補装具費支給意見書（車いす／座位保持装置）

☐ 購入☐ 修理（交換）☐ 借受け

□ 特例

氏 名				
生年月日	年	月	日生	() 歳
住 所	新潟県			
	☐ 自宅	【 独居 / 家族同居 / 他 () 】		
	☐ 施設入所中	【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】		
	☐ 入院中	【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし】		

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1－①病名		1－②障害名・障害部位	
2．現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）			
3．身長		cm	体重 kg
4．起居移動動作			
①座位保持	☐ 端座位可	☐ 支持にて可	☐ 端座位不可
②室内移動	☐ 独歩	☐ 補助具使用で可（使用補助具：_____）	☐ 不可
③フツシュアツプ	☐ 可	☐ 不可	
④褥瘡の有無	☐ あり	☐ 過去にあり（_____）年頃	☐ なし
5．車いす操作能力 *車いす・車いす機能付座位保持装置の場合のみ記入してください。			
①車いすの操作	☐ 自操可	☐ 辛うじて自操可	☐ 不可
	☒ 【場所： 屋内 / 屋外 】 【手段：上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（ _____ ）】 【操作安全性： 問題なし / 問題あり（理由： _____ ）】		
②車いすの移乗	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
③自動車への積込	☐ 自立	☐ 介助	☐ その他（ _____ ）
6－①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。			
☐ 自宅	【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ _____ ）】		
☐ 職場／施設／学校	【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ _____ ）】		
☐ その他（場所記載： _____）			
6－②概ねの使用頻度			
(1) 1日あたり _____ 時間程度		(2) 1週あたり _____ 日間程度	

7. 車いす・座位保持装置の種類

*身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

(1) 種類を選択してください。

☐ ディメイト ☐ オーダーメイト ☐ 電動車いす ☐ 座位保持装置 ☐ 座位保持装置(車いすフレーム)

(2) 車いす及び座位保持装置の車いすフレームの仕様を選択してください。

☐ 普通型 ☐ リクライニング式普通型 ☐ ティルト式普通型 ☐ リクライニング・ティルト式普通型
☐ 手動リフト式普通型 ☐ 前方大車輪型 ☐ リクライニング式前方大車輪型 ☐ 片手駆動型
☐ リクライニング式片手駆動型 ☐ レバー駆動型 ☐ 手押し型 (A・B) ☐ リクライニング式手押し型
☐ ティルト式手押し型 ☐ リクライニング・ティルト式手押し型 ☐ その他 ()

(3) 上記で選択した車いす・座位保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 / 機種名

8. 工作的工夫とその理由

*該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

☐ 身体サイズ ☐ 障害状況 ☐ 使用環境 ☐ その他 ()
理由：

9. オプションとそれらが必要な理由

*該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

☐ 座面クッション 【商品名： _____】
理由：

☐ 体幹保持クッション 【商品名： _____】
理由：

☐ その他 [_____]
理由：

10. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医 療 機 関

診療科・医師名