

補装具費支給に関する意見書 (車椅子用)

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所 審査欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認 【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印
審査年月日	年 月 日

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
住所				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () (在宅以外の名称:) (入居(予定)期間: ~)			
同居者の状況	なし・あり (父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他)			
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
発 生 年 月	年 月 日			
【身体寸法】	座位肘頭高			
身長	座位下腿長			
体重	座位臀幅			
座位腋下高	座底長			
座位下腿長	座位下腿長			
現在の 障害部位 の状況	【 F I MやB I等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり・なし) 【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】			
現在の 身体・ 活動 状況	感覚障害	(<input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし		
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※ 自力・部分的に可の場合 →操作方法 {両手・右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}			

裏面に続く

様式2-6 (裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 ※再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。			
作成方法	<input type="checkbox"/> モジュラー式 (標準) (商品名) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 (商品名)			
基本価格	身体部位	<input type="checkbox"/> 標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) <input type="checkbox"/> 頭頸部		
本体価格	名称	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用		
機構加算	名称	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構		
構造部品加算	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪 (標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め構造 (本)		
	シート	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整構造		
	バックサポート	名称	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式	
		備考	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 背座角度調整構造 <input type="checkbox"/> 背折れ構造	
	フット・レッグサポート (片側)	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト (全面張り)		
	フットサポート	名称	<input type="checkbox"/> セパレート式 (標準) <input type="checkbox"/> セパレート式 (二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式	
		備考	<input type="checkbox"/> 前後調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> 左右調整構造	
	アームサポート (片側)	名称	<input type="checkbox"/> フレーム一体型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式	
		備考	<input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> アームサポート拡張 <input type="checkbox"/> アームサポート延長	
	ブレーキ		<input type="checkbox"/> 駐車ブレーキ (標準) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ (自走用車椅子で介助者用ブレーキが必要な理由:)	
	駆動輪・主輪	名称	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 着脱式	
		備考	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整構造 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造	
	タイヤ		<input type="checkbox"/> エア (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク	
	キャスタ		<input type="checkbox"/> ソリッド (標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ	
ハンドリム	名称	<input type="checkbox"/> プラスチック (標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ		
	備考	<input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造		
付属品	クッション (カバー付き)	名称	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型	
		備考	<input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工	
	座板		<input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> クッション一体型 (クッションとの併用加算不可)	
	背クッション		<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め加工	
	ヘッドサポート		<input type="checkbox"/> 着脱式 (枕含む <input type="checkbox"/> オーダーメイド) <input type="checkbox"/> マルチタイプ (枕含む <input type="checkbox"/> オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (レディメイド)	
	フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー	
	テーブル		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品	
	転倒防止装置		<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ付き (<input type="checkbox"/> 折りたたみ構造)	
	<input type="checkbox"/> 搭載台 (<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台) <input type="checkbox"/> 車載固定部品 (個) <input type="checkbox"/> 杖たて (<input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ (個) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ (延長レバー) <input type="checkbox"/> ハンドリム (<input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> ノブ付き (<input type="checkbox"/> 垂直ノブ))			
	製作 (購入)、修理にあたっての選定理由、留意点	【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】		
使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】			
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 () 印				
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注) <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注) <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師				

《参 考》

車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈普通型対象者〉

原則として自力走行が可能か若しくはその可能性のある者

〈片手駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

〈レバー駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

〈前方大車輪型対象者〉

肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者

〈リクライニング式対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
- 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
- 3 股関節拘縮や強直がある者

〈ティルト式対象者〉

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等

〈手動リフト式対象者〉

リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

〈クッションの構造及び対象者〉

- 1 平面形状型
 - (1) 平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するもの
 - (2) 座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
- 2 モールド型
 - (1) 身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせることで姿勢を保持する機能を有するもの
 - (2) 座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者
- 3 ゲル素材
 - (1) クッションの一部にゲル素材が使用されているもの
 - (2) 殿部の褥瘡の危険性がある者
- 4 多層構造（立体編物との併用加算はできない）
 - (1) 固さが異なる素材を3層以上重ねて作製されているもの
 - (2) 座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
- 5 立体編物（多層構造との併用加算はできない）
 - (1) 樹脂等を糸状に射出し、3次元形状に成形したもの
 - (2) 褥瘡の危険性があり、汚損への対応を要する者