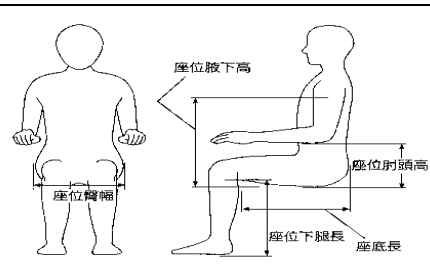


補装具費支給に関する意見書 (車椅子用)

※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					歳
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"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 <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				
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 ※ 自走可の場合→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)

処方車椅子	【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。			
	□レディメイド 商品名 () □オーダーメイド* □モジュラー方式*	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型 (□A (大車輪のあるもの) □B (小車輪だけのもの)) <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	※上記の機構等が必要な場合は、下欄「補装具製作にあたっての留意点」欄に理由を御記入ください。(記入必須)			
処方内容	<input type="checkbox"/> バックサポート <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> フットサポート <input type="checkbox"/> レッグサポート	1 延長 2 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 枕交換		
		1 高さ調整式 2 角度調整式 3 跳ね上げ式 4 脱着式 5 拡幅 6 延長		
		1 前後調整 2 角度調整 3 左右調整		
		1 脱着式 2 挙上式 3 開閉挙上式 4 開閉・脱着式		
	付属品	クッション	<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面) (背張り調整式バックサポートとの同時加算不可)	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置
			<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの (座面・背面)	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式)
			<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの (座面・背面)	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左)
			<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (座面)	<input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ
			<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (座面)	<input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用)
			<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (座面)	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左)
			<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート)	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品
			<input type="checkbox"/> クッションカバー	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ
		<input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	
		<input type="checkbox"/> シートベルト (腰・胸・股・その他 ())	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	
		<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	
<input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左)	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架			
<input type="checkbox"/> リフレクタ (夜光材・夜光反射板)	<input type="checkbox"/> 点滴ポール			
<input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて)	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台			
<input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左)	<input type="checkbox"/> ヒールトップ (踵留) (右・左)			
<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等)	<input type="checkbox"/> アングルトップ (足留) (右・左)			
<input type="checkbox"/> その他 ()				
補装具製作にあたっての留意点	【オーダーメイドやリクライニング式機構等の理由について、身体的・社会的必要性など詳細に御記入ください。】			
使用効果見込	【 処方補装具使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。 】			
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 () ※ 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合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】 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)				

※注 専門医とは、平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。

《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

〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・ゲルとウレタンフォームの組合せのもの
 - (1) 軽・中度の知覚障害がある者
 - (2) 皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする者
 - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 バルブを調節するだけで空気量を調節するもの・特殊な空気構造のもの
感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待できない者
- 3 フローテーションパッド
 - (1) 高度の知覚障害がある者
 - (2) 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者
 - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者