

補装具費支給に関する意見書 (電動車椅子用)

※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				
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			
座位幅				
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2-7 (裏面)

<p>【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。</p>		
<p><input type="checkbox"/>普通型 <input type="checkbox"/>4.5 km/h <input type="checkbox"/>6 km/h</p>		
処方 車椅子	<p><input type="checkbox"/>リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/>電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/>電動リフト式普通型 <input type="checkbox"/>電動テイルト式普通型 <input type="checkbox"/>電動リクライニング・テイルト式普通型 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
	<p><input type="checkbox"/>簡易型 <input type="checkbox"/>レディメイド <input type="checkbox"/>オーダーメイド (使用するフレーム構造:) ※オーダーメイドの場合は、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。 <input type="checkbox"/>A切替式 <input type="checkbox"/>Bアシスト式 (<input type="checkbox"/>ACサーボモーター式)</p>	
	<p>操作ノブ <input type="checkbox"/>標準 <input type="checkbox"/>握り <input type="checkbox"/>丸 <input type="checkbox"/>T字 <input type="checkbox"/>十字 <input type="checkbox"/>円盤 <input type="checkbox"/>U字 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
	<p>制御装置 <input type="checkbox"/>チンコントロール <input type="checkbox"/>フットコントロール <input type="checkbox"/>水平可動 <input type="checkbox"/>延長ハーネス</p>	
	<p>スイッチ <input type="checkbox"/>レバー <input type="checkbox"/>ボタン <input type="checkbox"/>シーソー</p>	
	<p><input type="checkbox"/>バックサポート <input type="checkbox"/>延長 <input type="checkbox"/>張り調整式 <input type="checkbox"/>高さ調整式 <input type="checkbox"/>背折れ機構 <input type="checkbox"/>枕交換 <input type="checkbox"/>アームサポート <input type="checkbox"/>高さ調整式 <input type="checkbox"/>角度調整式 <input type="checkbox"/>跳ね上げ式 <input type="checkbox"/>脱着式 <input type="checkbox"/>拡幅 <input type="checkbox"/>延長 <input type="checkbox"/>フットサポート <input type="checkbox"/>前後調整 <input type="checkbox"/>角度調整 <input type="checkbox"/>左右調整 <input type="checkbox"/>レッグサポート <input type="checkbox"/>脱着式 <input type="checkbox"/>挙上式 <input type="checkbox"/>開閉挙上式 <input type="checkbox"/>開閉・脱着式</p>	
処方 内容	<p>クッション <input type="checkbox"/>クッション (座面・背面) <input type="checkbox"/>クッション滑り止め部品 <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"/>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"/>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"/>特殊な空気室構造のもの (座面) <input type="checkbox"/>フローテーションパッド (座面)</p>	
	<p>充電器 <input type="checkbox"/>内蔵 <input type="checkbox"/>外部充電器 (<input type="checkbox"/>簡易型) バッテリー <input type="checkbox"/>マイコン内蔵型ニッカド電池 <input type="checkbox"/>マイコン内蔵型ニッケル水素電池 <input type="checkbox"/>リチウムイオン電池</p>	
	<p><input type="checkbox"/>シートベルト (腰・胸・股・その他 ()) <input type="checkbox"/>フロントサブホイール (溝脱輪防止装置) <input type="checkbox"/>テーブル <input type="checkbox"/>携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/>リフレクタ 反射器 (夜光材・夜光反射板) <input type="checkbox"/>酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/>ステッキホルダー (杖たて) <input type="checkbox"/>人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/>転倒防止装置 <input type="checkbox"/>栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/>クライマーセット (段差乗り越え補助装置) <input type="checkbox"/>点滴ポール <input type="checkbox"/>スポークカバー (右・左・両側) <input type="checkbox"/>痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/>泥よけ (右・左・両側) <input type="checkbox"/>ヒールトップ (踵留) (右・左・両側) <input type="checkbox"/>屋外用キャスター <input type="checkbox"/>アングルトップ (足留) (右・左・両側) <input type="checkbox"/>転倒防止装置 (キャスター折りたたみ式) <input type="checkbox"/>電動又は電磁式ブレーキ <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
	<p>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。】</p>	
	<p>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。】</p>	
	<p>上記のとおり意見します。 年 月 日</p>	
	<p>医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 ()</p>	
	<p>※ 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。)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】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)</p>	
	<p>※ 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。</p>	

《参 考》 電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈電動リクライニング式普通型対象者〉

- 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
- 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者

〈電動リフト式普通型対象者〉

手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者

※ 自力乗降が可能な者であっても、日常生活や介護者の状況等を勘案し、真に必要なと認められる場合は、交付対象となる場合がある。

〈電動ティルト式普通型対象者〉

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

上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での自立姿勢交換が可能となる者

〈オーダーメイド（簡易型）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

〈簡易型対象者〉

- 1 A切替式
 - (1) 平坦路は自走可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者
 - (2) アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
- 2 Bアシスト式
アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者

〈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