

補装具費支給意見書(レディメイド車椅子、歩行器、歩行補助つえ)

氏名			生年月日	年 月 日生(歳)		
住所						
障害名	年 月 事故・疾病(病名)					
医学的所見	障害の部位及びその状況					
	使用中の補装具名	長下肢装具・短下肢装具・車椅子・歩行器・つえ・その他()				
	歩行(装具:有・無)	屋外歩行可	屋内歩行可	介助	不可能	
	立位保持	自立	要手すり	介助	不可能	
	移乗	自立	要手すり	部分介助	全介助	
	座位保持	自立	補助要:背もたれ・シートベルト・その他()		不可能	
	呼吸状態	呼吸器の利用 (有 無)		痰吸引器の利用 (有 無)		
	栄養摂取	経口摂取可能	鼻腔栄養	胃瘻造設	その他()	
	感覚障害(腰・背・臀部等)	無	軽度	重度	脱失 部位()	
	褥瘡	無	既往有り	有	部位()	
	起立性低血圧	有	無			
身体寸法	身長()cm	体重()kg	座高()cm			
処方内容	車椅子操作	・可能:両手両足 片手(右・左) 片足(右・左) ・一部可 ・自操不能				
	レディメイド車椅子	普通型・手動リフト式普通型・前方大車輪型・片手駆動型・レバー駆動型 手押型(大車輪付・小車輪付) その他()				
	リクライニング(有 無)	(必要理由) 具体的に記載				
	ティルト(有 無)	・起立性低血圧のため ・長時間保持できない ・その他				
	調整付及属び品	バックサポート	背折れ機構	背張り調整	これらの調整および付属品の必要な理由	
		アームサポート	脱着式	跳ね上げ式 高さ調整		
レッグサポート		脱着式	挙上式 開閉式			
その他		フットブレーキ 転倒防止装置(キャスター付折りたたみ式) クッション()				
歩行器	・六輪型・四輪型【・腰掛つき ・腰掛なし(①サドルテーブル付胸郭支持具若しくは骨盤支持具付 ②後方支持型)】 ・三輪型・二輪型・固定型・交互型					
歩行補助つえ	松葉杖・カナディアンクラッチ・ロフストランドクラッチ・多点杖・プラットホーム杖			・片側のみ必要 ・両側必要		
使用効果	その他具体的動作 ・屋外移動 ・屋内移動 ・立位の保持 ・歩行 ・職業の拡大 ()					
上記のとおり意見します。 年 月 日						
医療機関名			診療科 医師名			

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。