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）	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）	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			
	自走用				
	介助用 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	着脱式	跳ね上げ式 高さ調整		
	レッグサポート	着脱式	拳上式 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サドルテーブル付き 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	松葉づえ・カナディアンクラッチ・ロフストランドクラッチ・多脚つえ・プラットホーム杖 ・片側のみ必要 ・両側必要				
使用効果	- 屋外移動 - 立位の保持 - 職業の拡大		- 屋内移動 - 歩行 - その他具体的動作		
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。