

補装具支給・修理意見書 (車いす用)

製作方式	レディメイド方式	オーダーメイド方式		
氏名	男・女	生年月日 年 月 日生 (歳)		
住所				
疾患名	発症日 年 月 日			
障害名	障害手帳 種 級			
障害の状況	(病歴、全身所見、合併症、筋力、ADLなど) 握力 右 kg / 左 kg			
来所困難な医学的理由				
日常生活活動の様子 (不足分はその他の欄にご記入ください。)				
座位保持の様子	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	不可能
普通型車いすの座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以下
立位保持の様子	自立	要手すり	介助	不可能
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助
歩行 (装具 有・無)	屋外歩行可能		屋内歩行可能	不可能
車いす操作方法	両手	両足	片手片足	その他 ()
車いす操作 (屋内)	可能 (m)	要監視		不可能
車いす操作 (屋外)	可能 (m)	要監視		不可能
知的障害 (痴呆など)	無	疑い		有
感覚障害 (腰背部、臀部など)	障害なし	軽度	重度	脱失
褥瘡	無・有	既往あり	発赤 (無・有)	部位 ()
座りなおし	可能			不可能
起立性低血圧	無			有
身体寸法 (測定寸法を必ずご記入ください。) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right;"> 身長 (cm) 座高 (cm) 体重 (kg) </div> <div style="text-align: center;"> </div> <div style="text-align: center;"> </div> </div>				
車いすの種目名	(レディメイド・オーダーメイド) 方式の			型車いす
必要な付属品等				
車いすの処方効果、主な使用目的				
その他				

オーダーメイド方式を必要とする理由

オーダーメイド方式を必要とする場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。

1. 身体寸法 2. 身体状況 3. 特別な構造等 4. 環境要因 5. その他

1. 身体寸法 (レディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。)

2. 身体状況 (該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。)

1. 感覚障害 (下記図示): なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

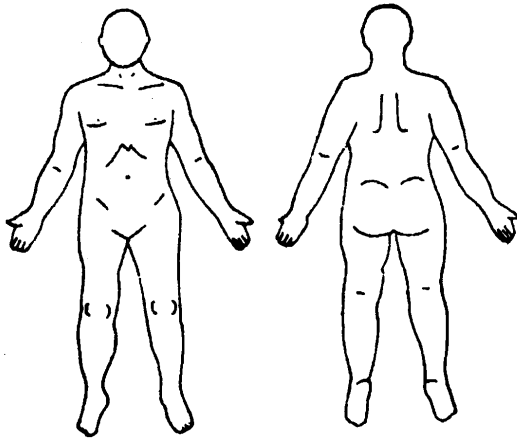
2. 運動障害 (下記図示): 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
痙性の部位および程度 ()

3. 四肢欠損等、形態異常: なし・あり (部位・程度))

4. 変形 : なし・脊柱・上肢・下肢 (部位・程度))

5. 関節可動域制限: なし・あり (部位・角度))

参考図示



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

3. 特に必要とされる構造等

4. 環境要因

5. その他の理由

備考

平成 年 月 日

病院名
診療科
医師名

印

意見書は、身障法第 15 条に定める指定医師または同法第 19 条に定める更生医療を主として担当する医師で肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。