

内部障害者用車いす支給（修理）意見書

（車いす、電動車いす用）

氏名	明治 (男・女) 大正 年 月 日生 (才) 昭和		
住所			
障害名		手帳等級	種 級
原因となった疾病名			
参考となる経過・現症	<p>〈歩行能力〉</p> <p>握力 右 ( ) kg                      左 ( ) kg</p> <p>車いすの使用経験 普通型車いす ( 有・無 )    電動車いす ( 有・無 )</p> <p>自力操作                      普通型車いす ( 可・不可 )    電動車いす ( 可・不可 )</p> <p>交通法規の理解能力 ( 有・無 )</p> <p>〈その他参考となる合併症状〉</p>		
補装具の名称			
付属品及び特別な処方	<p>補装具使用により可能となること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・屋内移動</li> <li>・屋外移動</li> <li>・介助が不要となる</li> </ul> <p style="text-align: right;">その他 ( 具体的に )</p>		
平成 年 月 日	医療機関名 指定医師名		印

※身体障害者福祉法15条指定医師により作成のこと。