

補 装 具 支 給 意 見 書 (電動車いす用)

氏 名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
住 所			
障 害 名		等 級	種 級
<p>1 原因となった疾病・外傷名及びその経過 (発生年月日 年 月 日頃)</p>			
<p>2 現在の身体状況 ① 上肢 (切断や麻痺等の有無, 握る・つまむ・物を持つ等の具体的動作について記入) 握力 右 () kg 左 () kg ② 下肢 (切断や麻痺等の有無, 動作能力について具体的に記入) ③ 現在の移動方法 (自力歩行・介助歩行・いざり・手動車いす駆動・車いすによる介助等) 及び移動能力 屋内・・・移動方法 () 移動能力 () <small>レベル</small>程度 使用補装具 () 屋外・・・移動方法 () 移動能力 () <small>レベル</small>程度 使用補装具 () ④ 視力・聴力・視野 視力障害 有 無 (有の場合その状況) 視野障害 有 無 (有の場合その状況) 聴力障害 有 無 (有の場合その状況)</p>			
<p>3 日常生活の活動制限の有無 (安静を要する場合はその程度)</p>			
<p>4 知的能力 交通規則の理解 正常 劣る (劣る場合はその状況)</p>			
<p>5 総合所見 (電動車いすを必要とする医学的理由)</p>			
平成 年 月 日		医 療 機 関 名	
		15条指定医氏名	印