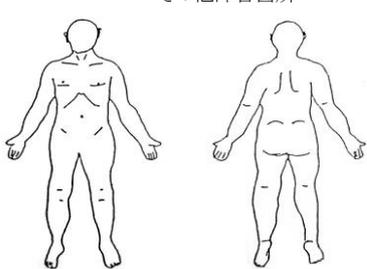


補装具費支給意見書・処方箋(電動車椅子)

様式12

| | | | |
|--|-------|-----------------|---|
| 氏名 | 生年月日 | M T S H R 年 月 日 | 歳 |
| 住所 | 職業・学年 | | |
| 手帳の障害名及び原因となった疾病・外傷名(発症年月日: 年 月 日) ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する □しない) | | | |

《 身体状況 》 注:電動車椅子を必要とする状況が明確となるように記載。難病患者等は症状の変動状況や日内変動等について、その他の所見に追記してください。

| | | |
|-----------|--|--|
| ① 運動障害 | なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他() | (図示すること) 切離断 ■ 麻痺 ☒ 褥瘡 ● その他障害箇所×  身長 () cm 体重 () Kg 握力 右() Kg 左() Kg |
| ② 感覚障害 | なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他() | |
| ③ 変形・拘縮 | なし あり(部位) | |
| ④ 定頸 | 抗重力位で(□良好・□不安定[枕必要]) | |
| ⑤ 座位 | 自力にて可能 背部支持があれば可能 不可 | |
| ⑥ 歩行能力 | 歩行不能 杖・装具等()使用し(m) 伝い歩き 歩行可能(m) | |
| ⑦ プッシュアップ | 可能 不可 | |
| ⑧ 起立性低血圧 | なし あり | |
| ⑨ 視覚障害 | なし あり(程度) | |
| ⑩ 褥瘡 | 既往なし 既往あり(部位) 現在あり(部位) | |
| ⑪ その他の所見 | | |

《 電動車椅子構造 》 □モジュール(標準)・□オーダーメイド・□レディメイド

| | |
|-------------------------------|--|
| 本体名称 | □標準形(低速用) □標準形(中速用) □簡易形(切替式) □簡易形(アシスト式) |
| 基本価格 | □標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) □頭頸部(ヘッドサポートが必要な場合に追加) |
| 機構加算 | 標準形 □手動リクライニング □電動リクライニング □電動ティルト □電動ティルト・リクライニング □電動リフト |
| | 簡易形 □リクライニング □ティルト □ティルト・リクライニング |
| オーダーメイドが必要な理由(レディメイドの試乗結果を含む) | |
| リクライニング、ティルト、リフト機構等が必要な理由 | |

《 電動車椅子の操作能力など 》 ※操作経験(デモ機含む)は(□なし・□あり)

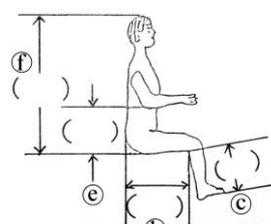
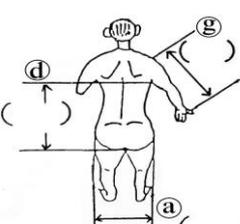
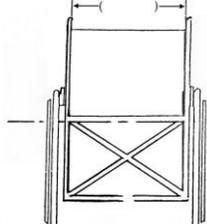
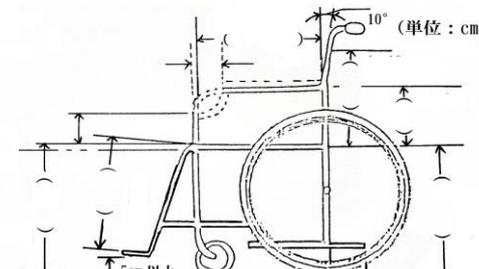
| | |
|-------|---|
| 操作能力 | 1.室内(自立 見守り 一部介助 介助) 2.室外(自立 見守り 一部介助 介助) |
| 認知能力 | 1.操作理解: 良好 困難 不明 2.交通法規理解: 良好 困難 不明 |
| 使用場所 | 自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他() |
| 車椅子操作 | 1.平坦地の操作: 可 困難 不可 2.日常生活圏の坂路・悪路の操作: 可 困難 不可 |

《 使用効果の見込み(再作製が必要な理由を含む) 》

《 現在、所持している補装具の使用状況等について記載してください 》 (□なし・□あり)

| | |
|------------|--|
| 補装具名称と使用状況 | |
|------------|--|

《 身体計測値・車椅子採寸表 》 シート色()

(単位: cm)

