

(表)

様式第3号

補装具費支給意見書（車いす／座位保持装置）

☐ 購入

☐ 修理（交換）

☐ 借受け

☐ 特例

氏 名			
生年月日	年	月	日生（ ）歳
住 所	新潟県		
	☐ 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他（ ） 】		
	☐ 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】		
	☐ 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし 】		

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1-①病名	1-②障害名・障害部位
2. 現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）	
3. 身長	cm 体重 kg
4. 起居移動動作	
①座位保持 ☐ 端座位可 ☐ 支持にて可 ☐ 端座位不可	
②室内移動 ☐ 独歩 ☐ 補助具使用で可（使用補助具： ） ☐ 不可	
③「ツシュアップ」 ☐ 可 ☐ 不可	
④褥瘡の有無 ☐ あり ☐ 過去にあり（ ）年頃 ☐ なし	
5. 車いす操作能力 *車いす・車いす機能付座位保持装置の場合のみ記入してください。	
①車いすの操作 ☐ 自操可 ☐ 辛うじて自操可 ☐ 不可	
【場所： 屋内 / 屋外 】	
【手段： 上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（ ）】	
【操作安全性： 問題なし / 問題あり（理由： ）】	
②車いすの移乗 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
③自動車への積込 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ その他（ ）	
6-①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。	
☐ 自宅 【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ ）】	
☐ 職場／施設／学校 【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ ）】	
☐ その他（場所記載： ）	
6-②概ねの使用頻度	
(1) 1日あたり 時間程度 (2) 1週あたり 日間程度	

(裏)

7. 車いす・座位保持装置の種類

*身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

(1) 種類を選択してください。

☐ デイメイト ☐ オーダーメイト ☐ 電動車いす ☐ 座位保持装置 ☐ 座位保持装置(車いすフレーム)

(2) 車いす及び座位保持装置の車いすフレームの仕様を選択してください。

☐ 普通型 ☐ リクライニング式普通型 ☐ ティルト式普通型 ☐ リクライニング・ティルト式普通型
☐ 手動リフト式普通型 ☐ 前方大車輪型 ☐ リクライニング式前方大車輪型 ☐ 片手駆動型
☐ リクライニング式片手駆動型 ☐ レバー駆動型 ☐ 手押し型 (A・B) ☐ リクライニング式手押し型
☐ ティルト式手押し型 ☐ リクライニング・ティルト式手押し型 ☐ その他 ()

(3) 上記で選択した車いす・座位保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名

/ 機種名

8. 工作的工夫とその理由

*該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

☐ 身体サイズ ☐ 障害状況 ☐ 使用環境 ☐ その他 ()
理由:

9. オプションとそれらが必要な理由

*該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

☐ 座面クッション 【商品名: _____】
理由:

☐ 体幹保持クッション 【商品名: _____】
理由:

☐ その他 [_____]
理由:

10. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関

診療科・医師名