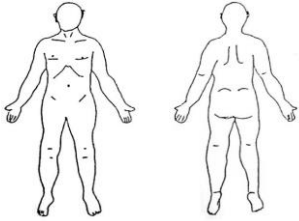
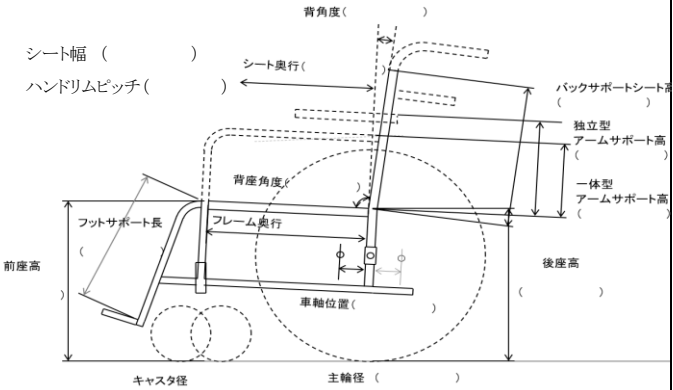


補装具費支給意見書・処方箋(電動車椅子・標準形)

第8号ー2様式

氏 名		生 年 月 日		T H S R 年 月 日		歳		
住 所		職業 学校名(学年)						
障害名及び原因となった疾病・外傷名 (疾病・外傷発生年月日: 年 月 日) ※ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (☐ する ☐ しない)								
身体状況 障害・疾患等の状況 (注:下記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。)								
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〔枕が必要〕)							
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 起立性低血压	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)							
所見								
基本 価格	標準 頭頸部	新規支給 2台同時支給 再支給	本体 価格	標準形 (低速用) 標準形 (中速用)	モジュラー(標準) オーダーメイド レディメイド	機構 加算	手動リクライニング機構 電動リクライニング機構 電動ティルト機構 電動ティルト・リクライニング機構 電動リフト機構	
操 作 能 力 等	車椅子 自走用 電動車椅子	平坦地の操作 : 可 困難 不明						
		日常生活圏の坂路・悪路の操作 : 可 困難 不明						
		操作能力	室内 (自立 見守り 一部介助 介助)				室外 (自立 見守り 一部介助 介助)	
		認知能力	操作理解 : 可 困難 不明				交通法規理解 : 可 困難 不明	
		操作経験	なし あり (期間:)				使用中	
使用場所 自宅内 施設内 外出先 職場 学校 その他 ()								
モジュラー, オーダーメイドが必要な理由(レディメイドの試乗結果含む)								
リクライニング, ティルト, リフトなどの必要な理由								
使用効果の見込み (再作製が必要な理由を含む)								
補装具の名称と使用状況 現在, 所持している補装具(なし ・ あり)				身体計測値・車椅子採寸表 				

(令和6年4月1日から適用)