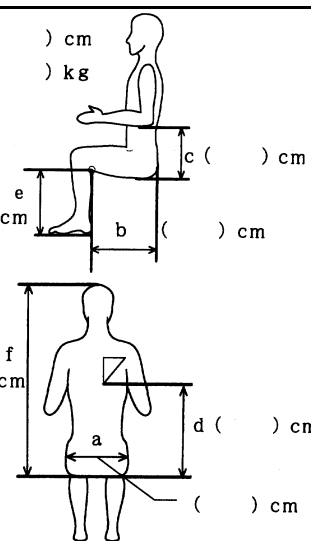


## 補装具費支給意見書（車いす、クッション等）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	
障害名					
原因となった疾病・外傷名				疾病・外傷発生年月日 ( 年 月 日)	
				※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)	
障害者の状況	下肢・体幹機能	関節の可動性、筋力、変形、麻痺、座位姿勢等の状況について記入すること。 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記入すること。			
	歩行の状態	1 可 [伝い歩き・杖使用・装具使用・その他 ( )] 2 不可			
	車いすへの移乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助			
	座位	1 自力にて可 2 支持等あれば可 [背部支持・その他 ( )]			
	上肢機能	関節の可動性、筋力、変形、麻痺等の状況について記入すること。 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記入すること。			
	車いすの操作方法	1 両上肢 2 片上下肢 3 両下肢 4 片上肢 5 片下肢			
	車いすの操作性	1 自力駆動可 2 辛うじて自力駆動可 3 自力駆動不可			
	臀部の褥創の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことがある 3 現在、過去ともない			
	臀部の状態	1 皮膚の発赤、変色がある 2 やせており、骨の突出がある 3 異常はない			
	知覚障害の状況	1 知覚脱失がある 2 知覚鈍麻がある 3 知覚過敏がある 4 知覚障害はない			
【注意】 褥創が現在、過去ともなく、臀部状態に異常はなく、知覚障害がない場合は、クッションの支給は困難です。					
特記事項 (内部障害等)					

車 い す の 具 体	名 称	1 普通型 2 リクライニング式 (普通型・手押し型・片手駆動型) 3 ティルト式 (普通型・手押し型) 4 リクライニング・ティルト式 (普通型・手押し型) 5 片手駆動型 6 手押し型 (大車輪付・小車輪付) 7 手動リフト式普通型 8 その他 ( ) <u>*上記2~4は必要とする理由を記載すること</u> ( )		a : 臀部幅 b : 大腿長 c : 座~肘 d : 座~肩甲骨下端 e : 下腿長 f : 座~頭頂
	種 類	1 オーダーメイド 2 既製品 (メーカー名: ) (型番: )		身長 ( ) cm 体重 ( ) kg  c ( ) cm e ( ) cm b ( ) cm f ( ) cm d ( ) cm ( ) cm ※ f は頭部支持を必要とする場合のみ記入すること。
	オーダーメイド寸法	座 席	床よりの高さ 前 ( ) cm 後 ( ) cm 奥行き ( ) cm 幅 ( ) cm	
		背もたれ	高さ ( ) cm *頭部支持 ( ) cm	
肘 掛 け		高さ ( ) cm		
タイヤ	主輪 ( ) インチ	キャスター ( ) インチ		
的 な 製 作 処 方	バックサポート	1 背折れ機構 2 張り調整式 3 延長 4 マルチタイプヘッドサポート 5 その他 ( )		
	アームサポート	1 脱着式 2 跳ね上げ式 3 高さ調整式 4 幅広 5 その他 ( )		
	レッグサポート	1 脱着式 2 挙上式 3 開閉脱着式 4 開閉挙上式		
	フットサポート	1 角度調整 2 前後調整 3 左右調整		
	その他の調整・付属品	1 キャリパーブレーキ 2 フットブレーキ 3 ブレーキアーム延長 (右・左) 4 屋外用キャスター 5 シートベルト 6 テーブル 7 杖立て 8 ハンドリム (滑り止め・ノブ付き) 9 泥よけ 10 枕 (既製品・オーダーメイド) 11 転倒防止用装置 (キャスターなし・キャスター付き折りたたみ式) 12 その他 ( )		
	* 上記の調整及び付属品を必要とする理由 (具体的に記入すること)			
クッション	背部	1 オーダーメイド製作品 厚さ ( ) cm 2 既製品 (商品名: ) 厚さ ( ) cm		
	座面	1 オーダーメイド製作品 厚さ ( ) cm 2 既製品 (商品名: ) 厚さ ( ) cm		
使用効果	具体的に記入すること。			
記載年月日 平成 年 月 日				
医療機関名				
診療科・医師名 <span style="float: right;">(印)</span>				
【記載上の留意事項】				
1 選択肢がある場合は、該当する項目に○印 (複数可) をつけ ( ) 内には具体的内容を記入すること。				
2 オーダーメイドの車いすが必要な場合、身長、体重及び体型 a - f の数値を記入すること。				