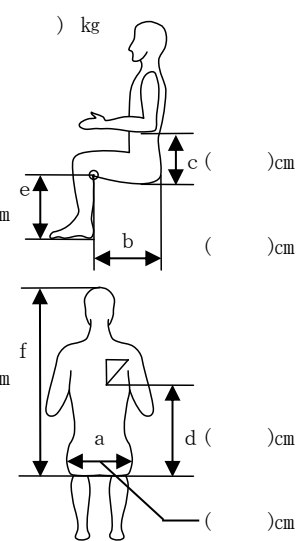


補装具費支給意見書(車椅子、クッション等)

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名及び機能障害名	障害原因と機能障害名を記載すること。(発症年月日) ※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 現 症	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載すること。			
	歩行の状態	1 可 [伝い歩き・杖使用・装具使用・その他()] 2 不可			
	車椅子への移乗	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載すること。			
	車椅子の操作方法	1 両上肢 2 片上下肢 3 両下肢 4 片上肢 5 片下肢			
	車椅子の操作性	1 自力駆動可 2 辛うじて自力駆動可 3 自力駆動不可			
	臀部の褥瘡の有無	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】 褥瘡が現在、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)					

裏面へ

具 体 的 な 製 作 方 法	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() ※上記2~4は必要とする理由を記載すること ()		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	
	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	() cm	
		背もたれ	高 さ () cm * 頭部支持 () cm	() cm	
肘掛け		高 さ () cm	() cm		
タイヤ		主輪 () インチ	キャスター () インチ	※ f は頭部支持を必要とする場合のみ記載すること。	
そ の 他 の 調 整 ・ 付 属 品	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				
	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 杖(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(具体的に記載すること)					
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			
車 椅子 の 使 用 効 果	具体的に記載すること。				
記 載 年 月 日 令 和 年 月 日 医 療 機 関 名 診 療 科 医 師 名 印					
【 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)を付け、()内には具体的内容を記載すること。					
2 オーダーメイドの車椅子が必要な場合、身長、体重及び体型 a-f の数値を記載すること。					