車椅子支給意見書

肢体不自由 　　（書類判定用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （　　歳） | | 住所 |  | |
| T S H R　　年　　月　　日生 | | TEL　　　－　　　－ | |
| 障害名及び原因となった疾病・外傷名 | | | | | 身体障害者手帳 |
| 級 |
| ※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 　） | | | | | |
| 車椅子の種類  及び構造 | |  | | | |
| 身体状況 | | **握力**　（右）　　　　kg　　（左）　　　　kg | | | |
| **褥創**　ない 　 できやすい　 現在ある（部位：　　　　　　　　　　） | | | |
| **その他（変形・拘縮・麻痺等）**： | | | |
| （注）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載してください。筋萎縮性側索硬化症などの急速な進行性疾患で、迅速な手続きが必要な場合はその理由についても記載してください。 | | | |
| ※　迅速な支給決定手続きが必要な場合は、チェックしてください。（急速な進行性疾患のみ）　　該当 | | | |
| 介護保険 | | 介護保険対象者　　 対象者である　　 対象者でない | | | |
| 車椅子の必要性 | | 本人専用の車椅子を必要とする理由（詳細に記入）： | | | |
| 車椅子の所持状況 | | 所持している　　　（支給年月日：　　　年　　月　　日）  同種類のもの　　 他種類のもの（形式：　　　　　　　　　　　　）  　　　破損状況  　　　装着状況  所持していない | | | |
| 車椅子の使用による  効果の見込み | |  | | | |
| 本人の生活場所 | | 入　院　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　退院予定（　無　・　有　：　令和　　年　　月　　日　）  　　　　　　　入院の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　施　設　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　退所予定（　無　・　有　：　令和　　年　　月　　日　）  　在　宅 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日常生活動作** | | 自立－○　半介助―△　全介助又は不能－×、（　　）の中のものを使う時はそれに○ | | | |
| 寝返りする | | |  | シャツを着て脱ぐ |  |
| 足をなげ出して座る | | |  | ズボンをはいて脱ぐ（自助具） |  |
| 椅子に腰かかる | | |  | ブラシで歯をみがく（自助具） |  |
| 立つ（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具） | | |  | 顔を洗いタオルで拭く |  |
| 家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子） | | |  | タオルを絞る |  |
| 洋式便器にすわる | | |  | 背中を洗う |  |
| 排泄のあと始末をする（おむつ） | | |  | 二階まで階段を上がって下りる（手すり、杖、松葉杖） |  |
| （箸で）食事をする（スプーン、自助具） | | |  | 屋外を移動する（家の周辺）（杖、松葉杖、車椅子） |  |
| コップで水を飲む | | |  | 公共の乗物を利用する |  |
| 車椅子の使用目的 | 室内にて使用　（  自宅内　　 施設内 ）  屋外にて使用　（  通院　 散歩　 買物　 通所  その他（　　　　　　　　　　　　 　　　）  自動車への車椅子の積み込み（  有 　 無　） | | | | |
| 車椅子の使用頻度 | ほぼ毎日　　　　　　週２～３回程度　　　　　週１回程度 | | | | |
| 車椅子操作 | １　経験　：　　有　　　無  ２　駆動　：　　自分でこぐ　　　 自分でこげるが介助もある  自分でこげない　 その他（　　 　　　　　　　　）  ３　方法　：　 両手でこぐ　 　 片手（右　・　左）と片足でこぐ  両足でこぐ | | | | |
| 付属品・特別な  調整の必要性 | 付属品・特別な調整（クッション、張り調整等）が必要な場合は、**その必要性を必ず記入してください**。 | | | | |
| 令和　　年　　月　　日  　医療機関名  　所在地  診療科目名　　　　　　　　　科　　　医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自　署） | | | | | |
| 該当する項目にチェックを入れて下さい。  **本意見書を作成することができる医師の範囲は下記の通りです**  　身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医  　　かつ  　整形外科専門医（公益社団法人　日本整形外科学会認定）  　リハビリテーション科専門医（公益社団法人　日本リハビリテーション医学会認定）  　　または  　補装具判定医師研修会の修了者（国立リハビリテーションセンター主催） | | | | | |
| 指定自立支援医療機関（育成医療機関）の医師　　＊障害児の場合のみ | | | | | |
| 難病法第６条第１項に基づく指定医　　　　　　　＊難病患者等で申請の場合のみ | | | | | |

（Ｒ6．4月）