歩行器支給意見書

（Ｒ6．4月）

**肢体不自由**

**（書類判定用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | （　　　　歳）  Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　　年　　　　月　　　日　　生 | 住所 | 本人の生活場所：　在宅 　入院・入所中 | |
| 障害名  疾病・外傷名 | |  | | | 身体障害者手帳 |
| **級** |
| 障害状況及び歩行器が必要な理由 | | （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 | | | |
| 歩行器の  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： 　　　　　　　　　　 　　）  破損や不適合の状況 ：  　所持していない | | | |
| 歩行器使用時の状況 | | 介護状況：　　自立　　　　　見守り　　　　要介助（主たる介助者：　　　　　　　　　　　　　）  移動可能距離：（　　　　　　　）ｍ程度 | | | |
| 歩行器の  使用目的 | | 室内にて使用　　：　　自宅内　　　施設内　　　　学校内  　屋外にて使用　　：　　通院　　　散歩　　　買物　　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 使用による 効果の見込み | |  | | | |
| 使用頻度 | | ほぼ毎日　　　　　週2～3回程度　　　　週１回程度　　　その他（　　　　　　　　　　） | | | |
| 処　方　内　容 | 基本  構造 | 四輪型　　　腰掛つき  　腰掛なし（　サドル・テーブル付き　　胸郭支持具付き　　骨盤支持付き）  　六輪型　　　三輪型　　　二輪型　　　固定型　　　交互型  製品名等： | | | |
| 仕様 | 基準内　　　※借受けの必要性：　　有　　　　無  借受けが必要な理由、借受け期間等  　特例  　　　具体的な部品や機能　　　　　　※製作図面を添付してください  特例でなければならない理由 | | | |
| 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（公益財団法法人　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 | | | | | |