（様式第４号左）

# 補装具意見書（車椅子用）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生<br>（　歳） |
| 氏　名 | | | | |
| 住　所 | | | | |
| 傷病名 | ※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<br>（　□する　・　□しない　） | | | |

**障害状況**（全身所見、合併症、筋力、ＡＤＬなど）

| 日常生活活動の様子（不足分はその他の欄に記入して下さい。） | |
|---|---|
| 座位保持の様子 | 背もたれ不要　要背もたれ　要ｼｰﾄﾍﾞﾙﾄ　不可能 |
| 乗り移り | 自立　要手すり　要介助 |
| 歩行（補装具　有・無） | 屋外歩行可能　屋内歩行可能　不可能 |
| 車椅子操作 | 可能　要監視　不可能 |
| 車椅子操作方法 | 両手　両足　片手片足　その他（　） |
| 褥瘡 | 無・有　既往あり　発赤（無・有）　部位（　） |
| 座りなおし | 可能　不可能 |
| 起立性低血圧 | 無　有 |
| その他 | |

| **製作方式** | **車椅子の名称** |
|---|---|
| □ レディメイド | □ 普通型（自操型）　□ リクライニング式普通型 |
| | □ ティルト式普通型　□ リクライニング・ティルト式普通型 |
| □ オーダーメイド | □ 手動リフト式普通型　□ 前方大車輪型 |
| （**注：オーダーメイドの場合は，右面も記入して下さい。**） | □ リクライニング式前方大車輪型　□ 片手駆動型 |
| | □ リクライニング式片手駆動型　□ レバー駆動型 |
| | □ 手押し型（介助型）　□ リクライニング式手押し型 |
| | □ ティルト式手押し型　□ リクライニング・ティルト式手押し型 |
| | □ その他（　） |

**工作内容・付属品**

□裏面のチェックシートより，該当項目をチェックしてください。

**車椅子の処方効果，主な使用目的**

***※ 記入にあたっては，裏面作成上の注意点をご覧下さい。***

（様式第４号右）

# オーダーメイド方式を必要とする理由

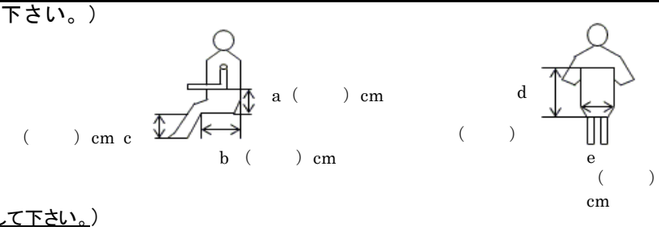
オーダーメイドを必要とする場合は，その理由の該当項目を〇で囲み，内容を以下に記入して下さい。

**１．身体寸法　　２．身体状況　　３．その他**

**１．身体寸法**（測定寸法を記入して下さい。）

身長（　cm）

体重（　kg）




理由（ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞで適合しない理由を記入して下さい。）

**２．身体状況**（該当するものを〇で囲み、下記空欄に追加所見及び理由を記入して下さい。）

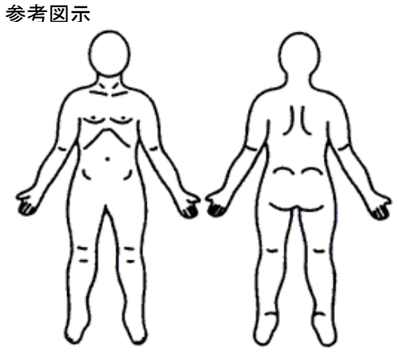
１．運動障害：　弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
痙性の部位および程度（　）

２．四肢欠損等、形態異常：　なし・あり　（部位・程度　）

３．変形：　なし・脊柱・上肢・下肢（部位・程度　）

４．関節可動域制限：　なし・あり　（部位・程度　）

参考図示



×変　■切離　▨感覚麻痺　▤運動障害

理由（ﾚﾃﾞｨﾒｲﾄﾞで適合しない理由を記入して下さい。）
（ﾃｨﾙﾄ式を選択した場合は，ﾃｨﾙﾄ機能の必要性を記入して下さい。）

**３．その他の理由**（具体的に記入して下さい。）

以上のとおりです。
年　月　日　医療機関名

医　師　㊞

***※　身体障害者福祉法第１５条指定医等により記載願います。***

（様式第４号裏面左）

工作内容・付属品

- □ クッション
  - □ 多層構造
  - □ ゲルとウレタンフォーム
  - □ バルブ式
  - □ 特殊空気室構造
  - □ フローテーションパッド
  - □ 背クッション
  - □ 特殊形状（骨盤・大腿部サポート）
  - □ クッションカバー（防水加工）
  - □ クッション滑り止め
- □ アームサポート
  - □ 高さ角度調整式
  - □ 高さ調整式
  - □ 角度調整式
  - □ 跳ね上げ式
  - □ 脱着式
  - □ 拡幅
  - □ 延長
- □ 座布
  - □ 座張り調整
  - □ 座奥行き調整
  - □ 座板
- □ ハンドリム
  - □ 滑り止めハンドリム
  - □ ノブ付きハンドリム
- □ 車軸位置調整
- □ ノーパンクタイヤ
- □ テーブル
- □ ステッキホルダー
- □ 転倒防止装置
  - □ キャスター付き折りたたみ式
- □ 酸素ボンベ固定装置
- □ 栄養パック取り付け用ガートル架
- □ 痰吸引器搭載台
- □ 車載時固定用フック
- □ 成長対応型部品
- □ その他（　　）

- □ バックサポート
  - □ 延長
  - □ 枕（オーダー/レディ）
  - □ 張り調整式
  - □ 高さ調整式
  - □ 背折れ機構
  - □ 背座間角度調整
- □ レッグサポート
  - □ 脱着式
  - □ 挙上式
  - □ 開閉挙上式
  - □ 開閉・脱着式
- □ フットサポート
  - □ 前後
  - □ 左右
  - □角度
- □ ブレーキ
  - □ キャリパーブレーキ
  - □ フットブレーキ
  - □ 延長用ブレーキアーム
- □ キャスター
  - □ 屋外用キャスター
- □ 大車輪脱着
- □ シートベルト
- □ スポークカバー
- □ 泥よけ
- □ 携帯用会話補助装置搭載台
- □ 人工呼吸器搭載台
- □ 点滴ポール
- □ 高さ調整式手押しハンドル
- □ 日よけ（雨よけ）

（様式第４号裏面右）

## 【補装具意見書（車椅子用）の作成上の注意点】

この意見書は，車椅子の判定を行う際の判断の基準にさせていただくためのものです。

ご面倒でも記入漏れのないようにお願いいたします。記入については，以下の点を参照して下さい。

○　傷病名

主に障害の原因となる原疾患の傷病名を記入して下さい。

○　障害状況

能力低下をきたす原因となる機能障害についても記入して下さい。

○　日常生活活動の様子

身体状況により日常生活が制限されている様子について，各欄の中から当てはまるものについて選択し，○をつけて下さい。

○　車椅子の製作方式，名称

レディメイド・オーダーメイドのどちらかの製作方式にチェックをして下さい。

身体機能により，適切と思われる車椅子の名称にチェックをして下さい。

なお，記載のない車椅子については，その他の欄に名称を記入して下さい。

○　工作内容・付属品

クッション，バックサポートなどの工作内容・付属品の中から，身体状況上必要なものについてチェックをし，複数必要な場合は必要数を記入してください。なお，記載のないものについては，その他欄に記入して下さい。

○　車椅子の処方効果，主な使用目的

車椅子を使用することによる生活の改善の見込みや，使用目的について，具体的に記入して下さい。

リクライニング式やティルト式を選択した場合は，その機能の必要性を記入して下さい。

オーダーメイドを選択した場合は，オーダーメイドを必要とする理由を詳しく記入して下さい。

なお，記入しきれない場合は，別紙（任意様式）に記載し，添付して下さい。

## 【「オーダーメイド方式を必要とする理由」の作成上の注意点】

オーダーメイド方式を必要とする場合のみ，以下の点を参照して記入して下さい。

○　身体寸法

レディメイド方式では適合が困難と判断される身体の部位，寸法等について記入して下さい。

a＝座面から肘下まで　　b＝膝窩から臀部の後面まで

c＝膝窩から足底まで　　d＝座面から肩甲骨の下縁まで　　e＝臀部の幅

○　身体状況

運動障害，形態異常，変形，関節可動域制限等により，オーダーメイド方式を必要とする場合にその状況について記入して下さい。

○　その他の理由

上記以外の理由があれば記入して下さい。

**不明な点は以下までお問い合わせ下さい。**

〔お問い合わせ先〕
茨城県福祉相談センター
身体障害者更生相談所
TEL　029-221-0800
FAX　029-221-0811