様式第5号

　　　　　　　　　　　補装具費支給（購入・修理）意見書　 （車椅子用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | |  | | | | | | | | 生年  月日 | |  | | | 年　　月　　日生（　　）歳 | | | | | | | | | | | 性別 | 男･女 |
| 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 職業（具体的に） | | | | | | | |
| 障害名 | | | | | | | | | | | | | | | | 原因となった疾病・外傷名  ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当  　（　□する　・　□しない） | | | | | | | | | | | | | | |
| 医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）  ※　**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載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する**。　　　　　　　　　　　　　　　　 進行性疾患：□　該当　□　非該当  支給決定手続き：□　迅速　□　一般 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本価格 | | | | １ 標準　２ 頭頚部 | | | | | 本体 | | 自走用　・　介助用 | | | | | | | 主な使用場所 | | | 屋内　・　屋外　・　屋内外 | | | | | | | | | |
| ａ.新規支給（1台）　ｂ.2台同時支給　ｃ.再支給 | | | | | | | | | | | | | | ａ.モジュール（標準）　ｂ.オーダーメイド　ｃ.レディメイド | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 機構加算 | １.リクライニング機構  ２.ティルト機構  ３.ティルト・リクライニング機構  ４.リフト機構 | | | | | | | | | 基本構造 | | １．後方大車輪（標準）  ２．前方大車輪  ３．６輪構造 | | | | | | | | ａ．幅止め構造 | | | | | | | | | 個 | |
| 【構造部品加算】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| シート | | １． スリング式（標準）  ２． 張り調整式  ３． 板張り式 | | | | | | ａ．奥行き調整構造 | | | | | | | | | バック  サポート | | １． スリング式（標準）  ２． 張り調整式 | | | | | | | ａ．ワイドフレーム  ｂ．バックサポート延長  ｃ．高さ調整構造  ｄ．背座角度調整  ｅ．背折れ構造 | | | | |
| フットレッグサポート | | １．固定式（標準）  ２．挙上式  ３．着脱式  ４．開閉着脱式  ５．挙上・開閉着脱式 | | | | | | ａ．レッグベルト全面張り | | | | | | | | | フット  サポート | | １．セパレート式（標準）  ２．セパレート式（二重折込式）  ３．中折式 | | | | | | | | | | ａ．前後調整  ｂ．角度調整  ｃ．左右調整 | |
| アーム  サポート | | １．フレーム一体型\_固定式  ２．フレーム一体型\_跳ね上げ式  ３．フレーム一体型\_着脱式  ４．独立型\_固定式  ５．独立型\_跳ね上げ式  ６．独立型\_着脱式 | | | | | | | | | | ａ．高さ調整構造  ｂ．角度調整構造  ｃ．アームサポート幅広  ｄ．アームサポート延長 | | | | | | | | ブレーキ | | | | | １．駐車ブレーキ（標準） | | | | | |
| ａ．キャリパーブレーキ  ｂ. フットブレーキ | | | | | |
| 駆動輪  主輪 | | | １．固定式（標準）２．着脱式 | | | | ａ．車軸位置調整構造ｂ．キャンバー角度変更ｃ．片手駆動構造  ｄ．レバー駆動構造 | | | | | | | タイヤ | | | | １．エア  ２．ノーパンク | | | | | | キャスタ | | | １．ソリッド  ２．衝撃吸収タイプ | | | |
| ハンドリム | | | １.プラスチック（標準）  ２.ステンレス  ３.アルミ | | | | | | ａ.ピッチ30㎜以上  ｂ.片手駆動構造 | | | | | 【付属品】  ヘッド  サポート | | | | | １.着脱式（枕含む）  ２.マルチタイプ（枕含む） | | | | | | | | | ａ.オーダー枕変更 | | |
| ３.枕（オーダーメイド）  ４.枕（レディメイド） | | | | | | | | | | | |
| 【付属品】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　クッション  （カバー付き） | | | | | | １.平面形状型  ２.モールド型 | | | | | | ａ．ゲル素材　　　ｂ．多層構造　ｃ．立体編物  ｄ．滑り止め加工　ｅ．防水加工 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □座板 | | | | | | ａ．クッション一体型 | | | | | | □呼吸器搭載台  □痰吸引器搭載台  □携帯会話補助装置搭載台  □車載用固定部品　　　　　　個  □杖たて（一本杖）　左・右  □杖たて(多点つえ） 左・右  □酸素ボンベ固定装置  □栄養パック取付用ガートル架  □点滴ポール  □日よけ | | | | | | | | | | □雨よけ  □泥よけ  □スポークカバー  □リフレクタ　　　　　　個  □高さ調整手押しハンドル　左・右□滑り止めハンドリム  □ノブ付きハンドリム  ａ．水平ノブ b.垂直ノブ | | | | | | | | |
| □背クッション | | | | | | ａ．滑り止め加工 | | | | | |
| □ヒールループ　　　　 左・右  □アンクルストラップ　 左・右  □ステップカバー　　　 左・右  □テーブル  □テーブル取付部品  □転倒防止装置（パイプ）  □転倒防止装置（キャスタ付き） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【完成用部品】 | | | | 【付属品】姿勢保持装置\_製作要素 | |
| 【メーカー名／製品名】 | |
| シート幅（　　　　　　　）　　　ハンドリムピッチ（　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出来上がり重量　　　　　ｋｇ  備考　１　その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。  　　　２　色、材質、本人の希望事項などを記述すること。  　　　３　記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。 | | | | | |
| 身長  体重 | ㎝／　　　㎏ | | 種目名称別コード | |  |
| 使用効果見込み | |  | | | |
| 上記のとおり意見する。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所　　在　　地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　（　印　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） | | | | | |