様式第8-1号

　　　補装具費支給（購入・修理）意見書 　（標準型電動車椅子用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 移乗能力 | 自立　・　半介助　・　介助 | 主な使用場所 | 屋内　・　屋外　・　屋内外 |
| 基本価格 | １．標準　２．頭頚部 | 本体 | １．標準型（低速用）　２．標準型（中速用） |
| 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．手動リクライニング機構 ２．電動リクライニング機構 ３．電動ティルト機構 ４．電動ティルト・リクライニング機構 ５．電動リフト機構  | バッテリ | １．シールドバッテリ２．リチウムイオンバッテリ |
| 操作ボックス | １．標準型 |
| 操作レバー | １．感度調整　　ａ．ばね圧変更  |
| スイッチ | １．標準型　　　ａ．スイッチ延長　　　　個 |
| 【構造部品加算】 |
| シート | １． 板張り式（標準）２． スリング式３． 張り調整式  | 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） | ａ．前後調整ｂ．角度調整ｃ．左右調整ｄ．金属製フットサポート |
| 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．電動又は電磁ブレーキ（標準） |
| タイヤ | １．エア（標準） ２．ノーパンク | キャスタ | １．エア（標準） ２．ノーパンク |
| 【付属品】 |
| □パワーステアリング □クライマーセット □手動スイングアーム □電動チンコントロール一式 □手動チンコントロール一式 □多様入力コントローラ □ａ．非常停止スイッチボックス □ｂ．４方向スイッチボード □ｃ．８方向スイッチボード □ｄ．小型ジョイスティックボックス □ｅ．フォースセンサ □ｆ．足用ボックス □簡易１入力 □ジョイスティックノブ □　小/球/こけし □　U/十字/ペン/太長/T字/極小 □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□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　 　 |
| □クッション（カバー付き） １．平面形状型　　ａ.ゲル素材２．モールド型　　ｂ.多層構造ｃ.立体編物ｄ.滑り止め加工ｅ.防水加工 | □背クッション　a．滑り止め加工 | □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．枕オーダーメイド変更３．枕（オーダーメイド） ４．枕（レディメイド）  |
| 【付属品】姿勢保持装置＿製作要素 | 【完成用部品】 |
| 【特記事項】 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身長体重 | 　　　㎝／　　　㎏ | 種目名称別コード |  |
| メーカー名／製品名 |  |
| **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） |