

# オーダーメイド式車椅子費支給意見書（書面判定用）

本人	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	歳
	住所	電話					
障がい ・名 等級	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 <b>※非手帳所持者の場合は疾患名を記載する。</b>  <div style="text-align: center;">_____種 _____級</div>						
希望 型式							
身体 状況	<b>レディーメイド式、モジュラー式車椅子では対応困難な理由</b> 身長（ _____ c m） 体重（ _____ k g） 左右大転子間距離（ _____ c m）						
医学的 所見・ 必要な 理由や 効果	<b>※難病患者等の場合、身体症状等の変動状況や日内変動等について記入する。                      また、使用することで、日常生活にどのような効果・影響をもたらすのか具体的に記入する。                      ※リクライニング、ティルト、リクライニング・ティルトなど特殊な機構を必要とする場合は、その理由を記入する。</b>						
上記のとおり診断する。 令和 _____年 _____月 _____日							
医療機関の住所 医療機関の名称 診療科目 : _____ 医師名 _____ 専門医 <div style="text-align: right;">印</div>							

※意見書作成医師は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立リハビリテーションセンターで行う補装具関係の補装具適合判定医師研修会を修了している医師、保健所の医師、難病法第6条第1項に基づく指定医のいずれかであること。  
 ※令和6年4月1日以降はこの様式を使用してください。  
 ※状況により、身体障害者相談センターへの来所が必要な場合があります。  
 ※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター（TEL0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。