

電動車椅子費再支給意見書(書面判定用)

氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日(歳)	電話	-	-	
住所			身長・体重				cm	kg		
			使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外						
障がい名 等級 (手帳の内容 を記載してく ださい)	<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法施行例に規定する疾病に該当 ※非手帳所持者の場合は、疾患名を記入する								種 級	
障がい状 況	①運動障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他()								
	②感覚障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感覚脱失 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 感覚過敏 <input type="checkbox"/> その他()								
	③変形・固縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)								
	④定額	<input type="checkbox"/> 抗重力位で可能 <input type="checkbox"/> 不可								
	⑤座位	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 背部支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不可								
	⑥歩行	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 杖・装具等()使用し()m可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩き 可能()m								
	⑦プッシュアップ	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可								
	⑧起立性低血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
	⑨視覚障がい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度:)								
	⑩褥瘡	<input type="checkbox"/> 既往なし <input type="checkbox"/> 既往あり(部位:) <input type="checkbox"/> 現在あり(部位:)								
	⑪その他所見									
操作能力	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり ※変化ありの場合、前回交付された時点との変化等について記載ください。									
再支給 についての 意見	※使用することで日常生活にどのような効果・影響が見込めるか具体的に記入する。									
電動 車椅子 最初費	型式	<input type="checkbox"/> 標準形低速用(4.5km/h) <input type="checkbox"/> 標準形中速用(6.0km/h) <input type="checkbox"/> 簡易形切替式 <input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式								
	機構	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト機構電動 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リフト機構								
	付属品	※前回交付時についていない構造部品、付属品、完成用部品等が必要となった場合、その項目と必要な理由を記載してください								
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名称 診療科名 専門医 医師名 印										

※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が行う補装具関係の適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。
 ※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(Tel.0985-29-2556)までお問い合わせ下さい。