モジュラー式車椅子費支給意見書（書面判定用）

氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）	電話	－　－
住所					

障がい名 等　級 （手帳の内容を記載）	□障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　※指定難病受給者証による申請の場合は疾患名を記載する。	等級	種 級

希望補装具	
新たに作成が必要となった理由	

身体状況	運動障がい	□なし　□弛緩性麻痺　□痙性麻痺　□固縮　□不随意運動　□振戦　□運動失調 □その他（　　）
	感覚障がい	□なし　□感覚脱失　□感覚鈍麻　□感覚過敏　□その他（　　）
	変形・固縮	□なし　□あり（部位：　　）
	定頚	□不可　□抗重力位で可能
	座位	座位能力　：□座位不能　□背部支持があれば可能　□自力で可能 座位耐久性：上記の環境で　□（　　）分程度　□（　　）時間程度
	歩行	□歩行不能　□介助にて（　　）m可能（杖･装具等 □有） □（　　）使用し（　）m可能　□伝い歩き（　）m　□歩行可能（　）m
	プッシュアップ	□可能　□不可
	起立性低血圧	□なし　□あり
	視覚障がい	□なし　□あり（程度:　　）
	褥瘡	□既往なし　□リスクあり（部位：　　）　□既往あり（部位:　　） □現在あり（部位:　　）
	その他所見	

機構が必要な理由	**ティルト、リクライニング、リフト等の機構が必要な理由が分かるよう具体的に記載ください。**
使用効果見込み	**申請する車椅子を使用することで日常生活にどのように効果・影響をもたらすのかを具体的に記載。その他日内変動等についても記載する。**

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

診療科目　　専門医

医師氏名　　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、国立ﾘﾊﾋﾞ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８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。
※ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（℡0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。