

補装具費支給意見書（車いす／姿勢保持装置）

☐ 購入☐ 修理（交換）☐ 借受け☐ 特例

氏 名			
生年月日	年	月	日生（ ）歳
住 所	新潟県		
	☐ 自宅 【 独居 / 家族同居 / 他（ ） 】		
	☐ 施設入所中 【施設名： 障害施設 / 介護施設 / 救護施設 / その他】		
	☐ 入院中 【退院見込： 年 月頃 / 退院見込みなし 】		

すべての項目について、できるだけ詳細にご記入ください。

1－①病名	1－②障害名・障害部位
2. 現在の具体的な障害状況（筋力、麻痺、感覚障害、関節可動域など）	
3. 身長	cm 体重 kg
4. 起居移動動作	
①座位保持 ☐ 端座位可 ☐ 支持にて可 ☐ 端座位不可 ②室内移動 ☐ 独歩 ☐ 補助具使用で可（使用補助具： ） ☐ 不可 ③フットスツップ ☐ 可 ☐ 不可 ④褥瘡の有無 ☐ あり ☐ 過去にあり（ ）年頃 ☐ なし	
5. 車いす操作能力 *車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合のみ記入してください。	
①車いすの操作 ☐ 自操可 ☐ 辛うじて自操可 ☐ 不可 ↳ 【場所： 屋内 / 屋外 】 ↳ 【手段：上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） / その他（ ）】 ↳ 【操作安全性：問題なし / 問題あり（理由： ）】 ②車いすの移乗 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ③自動車への積込 ☐ 自立 ☐ 介助 ☐ その他（ ）	
6－①主たる使用場所 *該当する使用場所を選択してください。	
☐ 自宅 【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ ）】 ☐ 職場／施設／学校 【バリアフリー環境： ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他（ ）】 ☐ その他（場所記載： ）	
6－②概ねの使用頻度	
(1) 1日あたり 時間程度 (2) 1週あたり 日間程度	

7-①種類を選択してください。

*身体計測、補装具の設計図等のコピーを添付してください。

☐ 車いす ☐ 電動車いす ☐ 姿勢保持装置（車いすフレーム） ☐ 姿勢保持装置

7-②車いす、電動車いす、姿勢保持装置（車いすフレーム）は仕様・機構を選択してください。

(1)車いす・姿勢保持装置（車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 ☐ モジュラー ☐ オーダーメイド ☐ レディメイド
 イ) 本体仕様 ☐ 自走用 ☐ 介助用
 ウ) 機構 ☐ リクライニング機構 ☐ ティルト機構 ☐ ティルト・リクライニング機構 ☐ リフト機構

(2)電動車いす・姿勢保持装置（電動車いすフレーム）の場合

ア) 製品区分 ☐ モジュラー ☐ オーダーメイド ☐ レディメイド
 イ) 本体仕様 ☐ 標準用（低速用／中速用） ☐ 簡易型（切替式／アシスト式）
 ウ) 機構 ☐ 手動リクライニング機構 ☐ 電動リクライニング機構 ☐ 電動ティルト機構
 (標準形のみ選択) ☐ 電動ティルト・リクライニング機構 ☐ 電動リフト機構

7-③上記で選択した車いす・姿勢保持装置のメーカー名及び機種名を記入してください。

メーカー名 _____ / 機種名 _____

8. 工作的工夫とその理由

*該当する工夫点を選択し、その理由を記入してください。

☐ 身体サイズ ☐ 障害状況 ☐ 使用環境 ☐ その他（ _____ ）
 理由： _____

9. オプションとそれらが必要な理由

*該当するオプションを選択し、その理由を記入してください。

☐ 座面クッション 【商品名： _____】
 理由： _____

☐ 体幹保持クッション 【商品名： _____】
 理由： _____

☐ その他 [_____]
 理由： _____

10. 補装具使用による効果の見込み

上記のとおり、診断します。

年 月 日

 医 療 機 関 _____
 診療科・医師名 _____