

## 補装具費支給意見書（車椅子用）

氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所			
疾患名			発症年月日 年 月 日
障害名			身体障害者手帳 種 級
障害の状況	(病歴、全身所見、合併症、筋力など)		ADL：自立・一部介助・全介助

日常生活活動の様子		※手押し型A・Bまたは普通型車椅子の座位とします。			
車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	座位不可能	
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内	
車椅子の一日の乗車時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内	
車椅子操作方法	両手 両足	両手両足	片手 片足	片手片足	介助
車椅子走行（屋内）	可能（ m）	要監視	不可能		
車椅子走行（屋外）	可能（ m）	要監視	不可能		
座りなおし・除圧	可能	プッシュアップ等により除圧可能		不可能	
体幹の変形・傾き	無・有（側彎・円背又は後彎・前彎）（側方・前方・後方）に傾く				
感覚障害	無・有（軽度・鈍麻・脱失） 部位（上肢・下肢・体幹）				
痛み	無・有 部位（腰部・背部・臀部・上肢・下肢）				
褥瘡	無・有（部位 ） 既往有（部位 ） 発赤有（部位 ）				
起立性低血圧等	無・有（起立性低血圧・てんかん発作 回/日・週・月）				
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助	
立位・歩行（装具有・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能	不可能	
杖の使用	無・有（T杖・ワストラント杖・松葉杖・その他の杖） 左・右				
高次脳機能障害等	無・疑い・有（認知症・半側空間失認等・その他）				
知的障害	無・有（愛の手帳 度）				

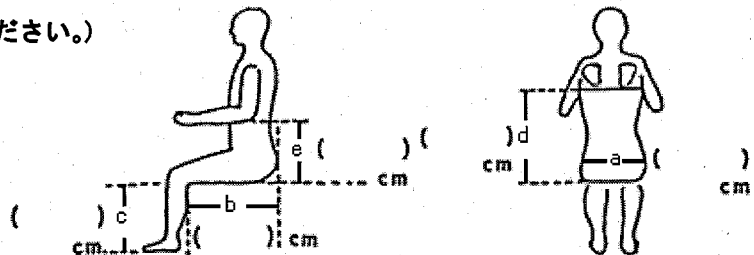
**○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）**

身長（ cm）

座高（ cm）

体重（ kg）

○握力（右 kg・左 kg）



※握力低下のある場合に記入してください。

身体状況（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）

(1) 運動障害：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

(2) 四肢欠損・変形等、形態異常：なし・上肢・下肢

（部位・程度）

(3) 関節可動域制限：なし・上肢・下肢

（部位・角度）



# 補装具費支給意見書（車椅子用）

氏名		生年月日	年 月 日（歳）
住所			
疾患名			発症年月日 年 月 日
障害名			身体障害者手帳 種 級
障害の状態	合併症、筋力など		ADL：自立・一部介助・全介助

**当てはまるものについて○印をつけ、  
（ ）に記入してください**

**\*主に障害の原因となる病名と病歴、筋力低下をきたす原因となる機能障害についての記入をお願いします。**

日常生活活動の様子	※手押し型A・Bまたは普通型車椅子の座位とします。			
車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	座位不可能
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内
車椅子の一日の乗車時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以内
車椅子操作方法	両手 両足	両手両足	片手 片足	片手片足 介助
車椅子歩行（屋内）	可能（ m ）	要監視	不可能	
車椅子歩行（屋外）	可能（ m ）	要監視	不可能	
座りなおし・除圧	可能	プッシュ等により除圧可能	不可能	
体幹の変形・傾き	無・有（側彎・円背又は後彎・前彎）（側方・前方・後方）に傾く			
感覚障害	無・有（軽度・鈍麻・脱失） 部位（上肢・下肢・体幹）			
痛み	無・有 部位（腰部・臀部・臀部・上肢・下肢）			
褥瘡	無・有（部位） 既往有（部位） 発症有（部位）			
起立性低血圧等	無・有（起立性低血圧 てんかん等 回/日 週・月）			
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助
立位・歩行（装具 有・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能	不可能
杖の使用	無・有（T杖・ロフトランド杖）			
高次脳機能障害等	無・疑い・有（認知症・）			
知的障害	無・有（愛の手帳 度）			

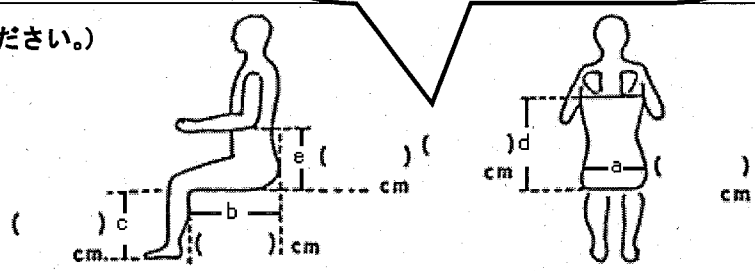
**○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）**

身長（                      cm）

座高（                      cm）

体重（                      kg）

○握力（右              kg・左              kg）



a = 臂部の幅    b = 膝窩から臀部後面まで  
 c = 膝窩から足底まで    d = 座面から肩甲骨の下縁まで  
 e = 座面から肘下まで

※握力低下のある場合に記入してください。

身体状況（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください）

(1) 運動障害：弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦

(2) 四肢欠損・変形等、形態異常：なし・上肢・下肢  
 （部位・程度）

(3) 関節可動域制限：なし・上肢・下肢  
 （部位・角度）

**身体状況からオーダーメイド方式を必要とする場合に、その状況についてご記入ください**

# 車椅子マスターカード

車椅子の名称

レディメイド・オーダーメイド (該当するものに○をつけてください)

普通型

手動リフト式普通型

リクライニング式 (普通型・手押し型・前方大車輪型・片手駆動型)

ティルト式 (普通型・手押し型)

リクライニング・ティルト式 (普通型・手押し型)

手押し型 (A・B)

前方大車輪型      片手駆動型      レバー駆動型

基準付属品 (必要な付属品にチェックをしてください)

<input type="checkbox"/> 延長バックサポート (除: 枕) <input type="checkbox"/> 枕 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (レディメイド) <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ) <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式アームサポート <input type="checkbox"/> 高さ調整式アームサポート <input type="checkbox"/> 角度調整式アームサポート <input checked="" type="checkbox"/> 踏ね上げ式アームサポート <input type="checkbox"/> 脱着式アームサポート <input type="checkbox"/> アームサポート 拡張部品 <input type="checkbox"/> アームサポート 延長部品 <input checked="" type="checkbox"/> 脱着式レッグサポート <input type="checkbox"/> 挙上式レッグサポート (パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式レッグサポート (パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式レッグサポート <input type="checkbox"/> フットサポート 角度調整 <input type="checkbox"/> フットサポート 左右調整 <input type="checkbox"/> フットサポート 前後調整 * <input type="checkbox"/> 座張り調整部品 * <input type="checkbox"/> 座奥行き調整 (スライド式) 部品 * <input checked="" type="checkbox"/> 張り調整式バックサポート * <input type="checkbox"/> 高さ調整式バックサポート * <input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品 * <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ * <input type="checkbox"/> 背座間角度調整部品 <input type="checkbox"/> 幅止め ( 本 ) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input checked="" type="checkbox"/> シートベルト ( 1本 ) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム <input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム <input type="checkbox"/> 6輪構造部品 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) × 2 <p>*は成長対応型部品に含まれる付属品</p>	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 背折れ機構部品 <input type="checkbox"/> クッション ( 個 ) <input checked="" type="checkbox"/> クッション: ポリエステル繊維・ウレタンフォーム等の多層構造のもの <input type="checkbox"/> クッション: 立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> クッション: ゲルとウレタンフォームの組合せ <input type="checkbox"/> クッション: バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの <input checked="" type="checkbox"/> クッション: 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> ローテーションパッド (三重構造加算) <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション <input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> ガスマンパー <input checked="" type="checkbox"/> キャスター (キック) × 2 <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) × 2 <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアー (右・左) <input type="checkbox"/> リフレク (反射器・ライト) <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左) <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 × 2 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) × 2 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 栄養パッド <input type="checkbox"/> 点滴ポーター <input type="checkbox"/> 車載時固 <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 座位保持
---	--

車椅子の処方効果、主な使用目的

\*車椅子を使用することによる生活改善の見込みや、使用目的(屋内、屋外など)について、具体的に記入ください

オーダーメイド方式を必要とする理由

(1) 身体寸法      (2) 身体状況 (レディメイドで適合しない部位: )

(3) 特別な構造等 (下記空欄にご記入してください。)

( )

(4) 環境要因等 (下記空欄にご記入してください。)

( )

**環境上の理由、介護上の理由もあれば、ご記入ください**

病院・保健所名  
診療科  
医師名

レディメイドには無い、特別な構造を必要とする場合、その理由と構造についてご記入ください  
例えば、膝関節拘縮に対応できる角度のレッグレストが必要等

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。  
ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

R3.4

## 補装具費支給意見書（車椅子用）作成上の注意点

この意見書は、車椅子の処方を行う際の判断の基準にさせていただくためのものです。ご面倒でも記入漏れのないようお願いいたします。記入については以下の点を参照してください。

### 疾患名、障害名、障害の状況

おもに障害の原因となる原疾患の病名と病歴について記入してください。

筋力低下をきたす原因となる機能障害についての記入もお願いします。

### 日常生活活動の様子

身体障害により日常生活が制限されている様子について、各欄のなかから当てはまるものについて選択し、○印でお答えください。

### 身体寸法

車椅子の製作方式、形を決定するために必要なものです。もれなく記入してください。

a = 臀部の幅、b = 膝窩から臀部の後面まで、c = 膝窩から足底まで、

d = 座面から肩甲骨の下縁まで、e = 座面から肘下まで

握力低下のある場合は、握力の欄の記入をお願いします。

### 身体状況

運動障害、形態異常、変形、関節可動域制限等により、オーダーメイド方式を必要とする場合にその状況についてご記入ください。

## 車椅子マスターカードの記入上の注意点

### 車椅子の種目名

レディメイド・オーダーメイドのどちらの方式、普通型、手押し型（A・B）、リクライニング式（手押し型・普通型）など、適切と思われる型式に○をつけてください。

### 必要な付属品等

背折れ機構部品、脱着式アームサポート、滑り止めハンドリム、キャリパーブレーキ、泥よけ、フローテーションパッドなどの基準付属品のなかから、身体状況上必要なものについて□に印（レ点）をつけてください。

### 車椅子の処方効果、主な使用目的

車椅子を使用することによる生活の改善の見込みや、使用目的（屋内、屋外など）について、具体的にご記入ください。

### 特に必要とされる構造等

レディメイドには無い特別な構造のものを必要とする場合に、その理由と構造についてご記入ください。

### 環境要因

使用する環境上の理由についてご記入ください。また、介助上の理由もあればご記入ください。

不明な点は以下までお問い合わせください。

東京都心身障害者福祉センター

障害認定課 身体障害担当

電話 03-3235-2965

多摩支所 判定担当

電話 042-573-3311