

この意見書は、車椅子の判定を行う際に必要となりますので、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。

1 身体障害者手帳

身体障害者手帳の等級と障害名を必ず記入してください。

2 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、各欄の中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。その他の場合は()に、その内容を記入してください。

3 身体寸法

身長、体重、a 座幅（臀部の幅）、b 座底長（臀部後縁から膝窩までの水平距離）、c 座位下腿長（踵後縁点から膝窩までの直線距離）をもれなく記入してください。

4 車椅子の種目名

レディメイド式・モジュラー式・オーダーメイド式のいずれかに○をつけてください。
自走用、リクライニング機構など適切と思われるものの□にチェックをしてください。その他の場合は名称を()に記入してください。

5 オーダーメイドを必要とする理由（必須）

オーダーメイドを必要とする場合はその理由の該当項目を○で囲み、具体的に理由を記入してください。

① 身体寸法

レディメイド式・モジュラー式では適合が困難と判断される身体の部位、寸法について記入してください。

② 身体状況・障害状況

運動障害、形態異常、変形、関節可動域制限等により、オーダーメイド式を必要とする場合にその状況を記入してください。

③ その他

特別な構造が必要、生活環境上など、上記以外の理由があれば記入してください。

6 必要な付属品等

アームサポート、レッグサポート、背折れ機構部品、クッション、背クッション、ベルトなど構造部品・付属品を追加する場合、身体状況により必要なものについて記載し、その理由も記入してください。

7 主な使用目的・効果見込

車椅子の使用目的（家庭内、職場、屋外など）、使用することによる生活改善の見込みなど具体的に記入してください。

補装具費支給意見書（車椅子用）					
氏 名	男・女				
生年月日	年	月	日		
住 所					
身体障害者 手帳	等 級	種 級			
	障害名				
原因となった疾病・外傷名					
<small>※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する・□しない）</small>					
<small>障害・疾患等の状況 （注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）</small>			進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般		
日 常 生 活 活 動 の 様 子	坐位保持の様子	背もたれなし可	背もたれ有り可	不可能	
	立位保持の様子	自立	要手すり	要介助	
	移動方法	屋外	歩行(独歩・補助具使用)	車椅子(自立・要介助)	その他()
		屋内	歩行(独歩・補助具使用)	車椅子(自立・要介助)	その他()
	車椅子操作方法	両手	両足	片手片足	不可能
	乗り移り	自立	要手すり	要介助	全介助
	坐りなおし	可能			不可能
	車椅子使用頻度	日中ほとんど		外出時のみ(時間/日)	その他()
	感覚障害(腰背部・臀部)	障害なし		軽度	重度
	褥瘡	無	有	既往有り	発赤(無・有)
	起立性低血圧	無		有	
	知的障害 (認知障害等も含む)	無		疑い	有

身体寸法

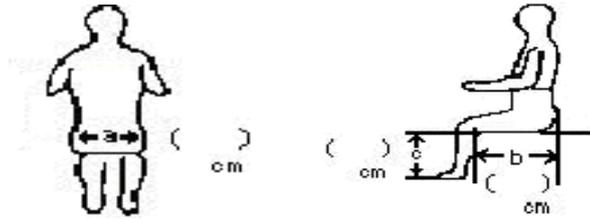
身長 cm

体重 kg

※ a) 座幅

b) 座底長 (臀部後縁～膝窩)

c) 座位下腿長 (踵後縁～膝窩)



車椅子の種目名

(レディメイド式、モジュラー式、オーダーメイド式のいずれかに丸をつけ、□をチェックしてください)

(レディメイド式・モジュラー式 (基本)・オーダーメイド式) の

- 自走用
- 介助用
- 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
- その他()

オーダーメイドを必要とする場合は、その理由の該当項目を○で囲み、モジュラー式では対応できない理由を具体的記入してください。

1. 身体寸法 2. 身体・障害状況 3. その他

[具体的理由]

必要な付属品等 (必要事項を記載してください。また必要となる理由も記載してください。)

主な使用目的・効果見込み

上記のとおり意見する。

年 月 日

病院又は診療所名
所在地
診療担当科名
作成医師氏名

印

補装具費支給意見書（車椅子用）		
氏名	栃木 太郎 <input checked="" type="radio"/> 男・女	
生年月日	〇〇年 12月 26日 〇〇歳	
住所	栃木県宇都宮市駒生町3337-1	
身体障害者手帳	等級 1種 1級	
	障害名 両下肢の機能を全廃したもの	
原因となった疾病・外傷名 交通事故による脊髄損傷		
※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input checked="" type="checkbox"/> しない）		
障害・疾患等の状況 （注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。） 下肢機能全廃により、立位、歩行不可能。 移動自立のために車椅子を必要とする		
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input checked="" type="checkbox"/> 一般		
日常生活の様子	坐位保持の様子	背もたれなし可 背もたれ有り可 <input checked="" type="radio"/> 不可能
	立位保持の様子	自立 要手すり 要介助 <input checked="" type="radio"/> 不可能
	移動方法 屋外	歩行(独歩・補助具使用) 車椅子(<input checked="" type="radio"/> 自立・要介助) その他()
	屋内	歩行(独歩・補助具使用) 車椅子(<input checked="" type="radio"/> 自立・要介助) その他()
	車椅子操作方法	<input checked="" type="radio"/> 両手 両足 片手片足 不可能 その他()
	乗り移り	<input checked="" type="radio"/> 自立 要手すり 要介助 全介助
	坐りなおし	<input checked="" type="radio"/> 可能 不可能
	車椅子使用頻度	<input checked="" type="radio"/> 日中ほとんど 外出時のみ(時間/日) その他()
	感覚障害(腰背部・臀部)	障害なし 軽度 重度 <input checked="" type="radio"/> 脱失
	褥瘡	無・有 <input checked="" type="radio"/> 既往有り 発赤(無・有) 部位()
	起立性低血圧	<input checked="" type="radio"/> 無 有
	知的障害 (認知障害等も含む)	<input checked="" type="radio"/> 無 疑い 有

意見書の種類は間違っていないか？

介護保険の被保険者ではないか？
第1号：65歳以上
第2号：40歳以上、特定16疾患対象

身体障害者手帳が交付されているか？

手帳の障害名が正しく記載されているか？

もれなく記載してあるか？
状態によっては付属品（クッション等）の要否に関する。

身体寸法

身長 150 cm

体重 45 kg

※ a) 座幅

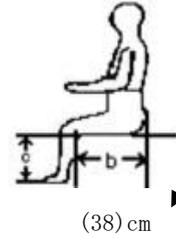
b) 座底長 (臀部後縁～膝窩)

c) 座位下腿長 (踵後縁～膝窩)



(34) cm

(36) cm



(38) cm

身体寸法を計測して記載してあるか？

車椅子の種目名

(レディメイド式、モジュラー式、オーダーメイド式のいずれかに丸をつけ、□をチェックしてください)

(レディメイド式・モジュラー式 **オーダーメイド式**) の

- 自走用
- 介助用
- 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
- その他()

オーダーメイド式かモジュラー式かレディメイド式か？
必要な車椅子の種類は何か？

オーダーメイドを必要とする場合は、その理由の該当項目を○で囲み、モジュラー式では対応できない理由を具体的に記入してください。

- ① 身体寸法
- 2. 身体・障害状況
- 3. その他

[具体的理由]

座幅等の理由で、既製品では対応が困難であるため

オーダーメイドが必要な場合、なぜオーダーが必要なのかその理由を明確に記載してあるか？

必要な付属品等 (必要事項を記載してください。また必要となる理由も記載してください。)

- 跳ね上げ式アームサポート：移乗の際に必要
- 開閉・脱着式レッグサポート：移乗の際に必要
- クッション (特殊空気室構造)：褥瘡の予防のため

必要な付属品はすべて記載してあるか？
必要な理由が記載してあるか？

主な使用目的・効果見込み

屋内、屋外ともに常時使用し、移動の自立が期待される。

上記のとおり意見する。

〇〇年 4月 1日

意見書は概ね6ヶ月以内に作成されたものか？

病院又は診療所
所在地
診療担当科名
作成医師氏名

医療法人〇〇会 △△病院
☆☆市〇〇町1234番地5
リハビリテーション科
栃木 桃太郎 印

15条指定医で、かつ、指定を受けた種目の医師の記載かどうか？