様式第8-2号

　　　　　　　補装具費支給（購入・修理）意見書 　（簡易型電動車椅子用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日生（　　）歳 | 性別 | 男･女 |
| 住所 | 職業（具体的に） |
| 障害名 | 原因となった疾病・外傷名※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない） |
| 医学的所見（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こと。）※　**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、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する**。　　　　　　　　　　　　　　　　 進行性疾患：□　該当　□　非該当支給決定手続き：□　迅速　□　一般 |
| 移乗能力 | 自立　・　半介助　・　介助 | 主な使用場所 | 屋内　・　屋外　・　屋内外 |
| 基本価格 | １．標準　２．頭頚部 |
| 本体 | １　簡易型（切替式）　　２　簡易形（アシスト式） |
| ａ.新規支給（1台）　ｂ.2台同時支給　ｃ.再支給 | ａ.モジュール（標準）　ｂ.オーダーメイド　ｃ.レディメイド  |
| 機構加算 | １.リクライニング機構２.ティルト機構３.ティルト・リクライニング機構 | 基本構造 | １．後方大車輪（標準）  | ａ．幅止め構造　　個 |
| バッテリ | １．リチウムイオンバッテリ２．ニッケル水素バッテリ | 操作ボックス | １．標準型 |
| 操作レバー | １．感度調整　　ａ．ばね圧変更 | スイッチ | １．標準型　　　　　ａ．スイッチ延長　　個 |
| 【構造部品加算】 |
| シート | １． スリング式（標準）２． 張り調整式 ３． 板張り式 | ａ．奥行き調整構造 | バックサポート | １． スリング式（標準）２． 張り調整式  | ａ．ワイドフレームｂ．バックサポート延長ｃ．高さ調整構造ｄ．背座角度調整ｅ．背折れ構造 |
| フットレッグサポート | １．固定式（標準）２．挙上式 ３．着脱式 ４．開閉着脱式 ５．挙上・開閉着脱式 | ａ．レッグベルト全面張り | フットサポート | １．セパレート式（標準）２．セパレート式（二重折込式）３．中折式 | ａ．前後調整ｂ．角度調整ｃ．左右調整 |
| アームサポート | １．フレーム一体型\_固定式２．フレーム一体型\_跳ね上げ式３．フレーム一体型\_着脱式４．独立型\_固定式 ５．独立型\_跳ね上げ式６．独立型\_着脱式  | ａ．高さ調整構造ｂ．角度調整構造ｃ．アームサポート幅広ｄ．アームサポート延長 | ブレーキ | １．駐車ブレーキ／電磁ブレーキ |
| 【付属品】 |
| □手動スイングアーム □手動チンコントロール一式□多様入力コントローラ□ａ．非常停止スイッチボックス□ｂ．４方向スイッチボード □ｃ．８方向スイッチボード □ｄ．小型ジョイスティックボックス□ｅ．フォースセンサ □f．足用ボックス □簡易１入力 □ジョイスティックノブ□　小/球/こけし □　U/十字/ペン/太長/T字/極小□ヒールループ　左・右 □アンクルストラップ　左・右□ステップカバー　左・右  | □テーブル　　　□テーブル取付部品□呼吸器搭載台　□痰吸引器搭載台□携帯会話補助装置搭載台□車載用固定部品　　　　個□杖たて（一本杖）　左・右　□杖たて(多点つえ)　左・右□酸素ボンベ固定装置 □栄養パック取付用ガートル架□点滴ポール　□日よけ　□雨よけ□泥よけ □スポークカバー □リフレクタ　　　　　個 □高さ調整手押しハンドル　左・右　 　□滑り止めハンドリム  | □クッション（カバー付き） １．平面形状型　ａ.ゲル素材２．モールド型　ｂ.多層構造ｃ.立体編物 ｄ.滑り止め加工ｅ.防水加工 □背クッション　a．滑り止め加工□ヘッドサポート 　１．着脱式（枕含む）２．マルチタイプ（枕含む）ａ．枕オーダーメイド変更３．枕（オーダーメイド） ４．枕（レディメイド）  |
| 【完成用部品】 | 【付属品\_姿勢保持装置製作要素】 |

|  |
| --- |
| シート幅（　　　　　　　）　　　ハンドリムピッチ（　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出来上がり重量　　　　　ｋｇ備考　１　その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。　　　２　色、材質、本人の希望事項などを記述すること。　　　３　記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。 |
| 身長体重 | 　　　　　㎝／　　　　㎏ | 種目名称別コード |  | メーカー名／製品名 |  |
| **使用効果見込み** |  |
| 　上記のとおり意見する。　　　　　　年　　月　　日　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　所　　在　　地　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　（　印　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は記名押印） |