

補装具費支給意見書(車椅子用)

氏名		年 月 日 (歳)
住所		
疾患・外傷名	障害者総合支援法施行令に定める特殊の疾病(難病等)に該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
◆障害・疾患等の状況		
◆処方 <input type="checkbox"/> モジュラー(標準) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド (製品名) <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> 後方大車輪(標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構 ◇その他の構造 ()		
◆ 構造部品 (特に指定のない場合は標準式)		
[シート] <input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行き調整構造 [バックサポート] <input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ構造 [アームサポート] <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input type="checkbox"/> 延長 [レッグサポート] <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 全面張り [フットサポート] <input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整 [ハンドリム] <input type="checkbox"/> プラスチック(標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 以上 <input type="checkbox"/> 片手駆動 [ブレーキ] <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ [駆動輪] <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整構造 <input type="checkbox"/> キャンバー角度調整 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造 [キャスター] <input type="checkbox"/> ソリッド <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ [キャスター] <input type="checkbox"/> エア <input type="checkbox"/> ノーパンク [クッション] <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 [ヘッドサポート] <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> マルチタイプ <input type="checkbox"/> オーダー枕 [ベルト] <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他() [その他] ()		
付属品 <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 泥除け <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ <input type="checkbox"/> 折りたたみ) <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) ___本 <input type="checkbox"/> 杖たて(多点杖) ___本		
◆使用効果見込み		
上記のとおり意見する。 年 月 日		医療機関の所在地 名称 医師氏名
(身障法 15 条指定医師、障害者総合支援法第 59 条第 1 項の指定医療機関、難病医療拠点病院医師又は難病協力医療機関医師であること)		