

車椅子意見書

(令和7年7月改訂)

氏名		生年月日	年	月	日	() 歳
住所						
障害名		等級	級			

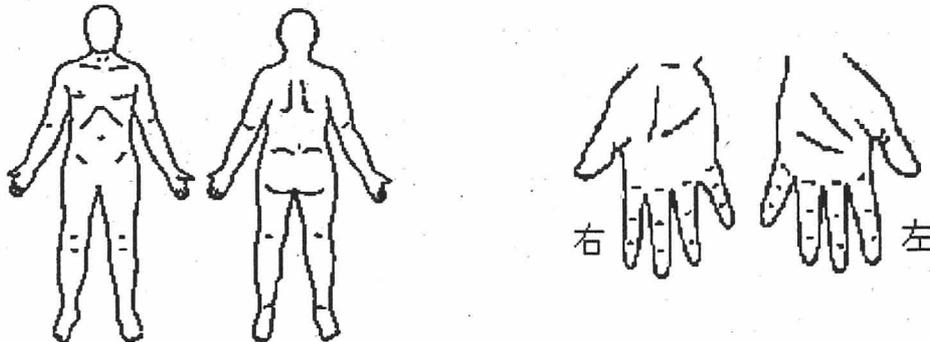
1 神経学的所見及びその他の機能障がい所見 (該当するものを○でかこむこと)

(1) 原因となった疾病・外傷名 【 交通・労災・疾病・先天性・その他 () 】

[
 ※発生年月日 (年 月 日頃)
]

- (2) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()
 (3) 運動障がい: (下記図示): 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 ()
 (4) 感覚障がい: (下記図示): 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 ()・なし
 (5) 排尿・排便機能障がい: あり・なし (6) 言語機能障がい: 失語・構音障がい・なし
 (7) 聴力障がい: あり・なし (8) 視力障がい: あり・なし
 (9) 心肺機能障がい: あり・なし (10) 高次脳機能障がい: 失認・失行・その他・なし

参考図示



握力 右 () kg 左 () kg 体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症 (腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他)

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×

（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
		タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖） 移動する（義肢、装具、車いす）		背中を洗う	
		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を（家の周辺程度） 移動する（杖、松葉杖、車いす）		コップで水を飲む	
		洋式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする	
		公共の乗物を利用する	

2 生活地

(1) 在宅 (2) 施設入所中(施設名) (3) その他()

3 車椅子使用目的及び操作能力

(1) 使用目的： 常時多目的・ 職業用・ 通勤・ 通学・ 通院・ その他()

(2) 操作能力： 屋内： 自立・ 要監視・ 半介助・ 全介助 (連続 m操作可能)

屋外： 自立・ 要監視・ 半介助・ 全介助 (連続 m操作可能)

(3) 移乗動作： 車椅子⇄ベッド： 自立・ 時間要・ 半介助・ 全介助

車椅子⇄トイレ： 自立・ 時間要・ 半介助・ 全介助

4 車椅子処方(実用性を考慮しての処方とすること。)

(1) 本体(用)： ア 自走用 イ 介助用

(機構)： ア リクライニング機構 イ ティルト機構 ウ ティルト・リクライニング機構
エ リフト機構

リクライニング機構等を必要とする理由

[]

(2) 製作方式 ア モジュラー式(処方は車椅子処方箋に記載すること。カタログを添付すること。)

メーカー名：

品番：

イ オーダーメイド式(処方は車椅子処方箋に記載すること。)

モジュラー式で対応できない理由(必ず記載すること。)

[]

ウ レディメイド式(カタログを添付すること。)

メーカー名：

品番：

機構部品	基本構造	01. 幅止め	フット・レッグサポート	11. 挙上式 12. 着脱式 13. 開閉着脱式 14. 挙上・開閉着脱式 15. レッグベルト全面張り	ブレーキ	28. 介助用ブレーキ 29. フットブレーキ
	シート	02. 張り調整式 03. 板張り式 04. 奥行調整	フットサポート	16. セパレート式（二重折込） 17. 中折式 18. 前後調整 19. 角度調整 20. 左右調整	駆動輪・主輪	30. 着脱式 31. 車軸位置調整部品 32. キャンバー角度変更 33. 片手駆動 34. レバー駆動
					タイヤ	35. ノーパンク
	バックサポート	05. 張り調整式 06. ワイドフレーム 07. バックサポート延長（頭頸部まで） 08. 高さ調整 09. 背座角度調整 10. 背折れ	アームサポート	21. 固定式（独立型） 22. 跳ね上げ式 23. 着脱式 24. 高さ調整 25. 角度調整 26. 幅広 27. 延長	キヤスタ	36. 衝撃吸収タイプ
					ハンドリム	37. ステンレス 38. アルミ 39. ピッチ 30mm超 40. 片手駆動

※機構部品名（番号）、個数及びその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印（又は署名）が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良い、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

クッション	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材 04. 多層構造又は立体編物 05. 滑り止め加工 06. 防水加工	ヘッドサポート	独立構造	15. 着脱式 (枕含む) 16. マルチタイプ (枕含む) 17. 枕オーダーメイド	その他
	枕のみ		18. 枕 (オーダーメイド) 19. 枕 (レディメイド)		
座板	07. 座板のみ 08. クッション一体型	フットサポート	20. ヒールループ 21. アンクルストラップ 22. ステップカバー		
姿勢保持部品	09. 体幹パッド 10. 骨盤パッド 11. 足部保持パッド 12. その他の姿勢保持部品				
背クッション	13. 背クッション 14. 滑り止め加工	ベルト部品	23. 胸 24. 骨盤 25. 股 26. その他の部位		
<p>27. テーブル 28. カットアウトテーブル 29. テーブル取付部品 30. 転倒防止装置 (パイプ、キャスター付き、キャスター付き折りたたみ) 31. 搭載台 (呼吸器、痰吸引機、携帯用会話補助装置) 32. 杖たて (一本杖用、多脚つえ用) 33. 泥よけ 34. スポークカバー 35. リフレクタ 36. 日よけ 37. 雨よけ 38. 高さ調整式手押しハンドル 39. プレーキ延長レバー 40. ハンドリム滑り止め 41. ハンドリムノブ付き (通常) 42. ハンドリムノブ付き (垂直) 43. 酸素ボンベ固定装置 44. 栄養バック取付用ガードル架 45. 点滴ボール 46. 車載固定フック</p>					

※付属品名 (番号)、個数及びその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。
 ※上記以外の付属品、又は市販のクッション (カタログに材質、構造及び価格が明記されているものに限り、平面形状型及びモールド型を除く。) が必要な場合は、この欄にカタログ等に明記された名称、個数及び必要理由を記載しカタログ等 (写し) を添付すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印 (又は署名) が必要。
 必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。
 あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療科名

医師名
(記名押印又は署名)

車椅子処方箋

(令和7年7月改訂)

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
身長・体重	cm/	kg	主な使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内	<input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外
基本価格	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/> 新規支給 (1台) <input type="checkbox"/>再支給 ((注) 1、2、3が同じ場合) <input type="checkbox"/> 再支給 ((注) 1、2、3が全部または一部異なる場合) <input type="checkbox"/>2台同時支給			
	名称(注)1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用			
本体価格	製作方式(注)2	<input type="checkbox"/> モジュラー式 (標準) <input type="checkbox"/>レディメイド式 <input type="checkbox"/>オーダーメイド式			
	※モジュラー式、レディメイド式の場合は、メーカー名、製品名、型番などを正確に記入し、カタログの写しを添付すること。				
加算要素	機構(注)3	<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			
	基本構造	<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 (加算項目) <input type="checkbox"/> 幅止め× ()			
		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 (加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行調整		
	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 (加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 (頭頸部までの場合) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ		
		フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <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 × () × () × () × () × () (加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
	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 (加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整 (右・左)		
		アームサポート	【フレーム一体型】 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 (右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式 (右・左) 【独立型】 <input type="checkbox"/> 固定式 (右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 (右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式 (右・左) (加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 幅広 (右・左) <input type="checkbox"/> 延長 (右・左)		
	ブレーキ		<input type="checkbox"/> 駐車ブレーキ (標準) (加算項目) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ		
		駆動輪・主輪	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 着脱式 (加算項目) <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動		
	タイヤ		<input type="checkbox"/> エアー (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク		
	キャスト	<input type="checkbox"/> ソリッド (標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ			
	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 (加算項目) <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 (右・左) <input type="checkbox"/> 片手駆動			

車椅子・電動車椅子のクッションの比較検討状況について

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

【クッション】

※ 注1 試用した(a)「告示に定められているクッション」、(b)「市販品のクッション」の比較検討状況について記載してください。

注2 試用するも、適しなかったクッションについても記載してください。

(カタログに記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記載すること。)

	部品名 (付属品名)	特徴	試用期間・ 時間	希望理由・結果 (使用感や特に不都合があるところを具体的に記載すること。)
記載例	(b) ペルモビル社 (ロホ・クアドロセレクト ハイタイプ)	体圧を分散し、摩擦とずれを軽減します。空気圧の調整が簡単で、体の形状にフィットし、組織の変形を最低限に抑えます。	RO.O.O ~ RO.O.O (1日2時間)	感覚障がい(感覚脱失)があり、褥瘡の危険性が高い。試用した結果、臀部の発赤等も見られなくなった。座位姿勢も安定していて問題なかった。
申請の クッション				
他に比較 検討した クッション				
※ 比較検討したクッションがない場合は、その理由を記載してください。				

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者: _____

(職種: _____)

車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)																				
<p>1 原因となった疾病・外傷の発症・受傷の状況 (該当するものを○でかこむこと) 交通・労災・疾病・先天性・戦傷 戦災・その他 ()</p> <p>2 本人の居住環境 (1) 生活場所 ア 入院 : 退院予定日 (年 月 日) 医療機関名 () 入院の理由 () イ 施設入所通所 : 施設名 () ウ 在宅</p> <p>(2) 生活状況 ア 主たる介護者 [配偶者・息子・娘・息子の配偶者・その他 ()] イ その他の補装具 (有・無) 下肢装具・上肢装具・座位 (姿勢) 保持装置・杖・車椅子・その他 () ウ 使用状況について ※特に「座る」と「移動」を兼ね備えた補装具 (姿勢保持装置、電動車椅子、車椅子については、別紙で使用状況及び使い分けの状況を記載してください。)</p>																					
<p>3 本人の身体状況等 身長 cm 体重 kg</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">座る</td> <td style="width: 25%;">一人で安定して座ることができる</td> <td style="width: 45%;">シートベルトや体幹パットがあれば安定して座れる</td> <td style="width: 15%;">座ることができない</td> </tr> <tr> <td>オムツ使用</td> <td>していない</td> <td colspan="2">している</td> </tr> <tr> <td>褥瘡</td> <td>ない</td> <td>できやすい</td> <td>現在ある</td> </tr> <tr> <td>車椅子操作</td> <td>注自分でこげる</td> <td>注自分でこぐこともあるが、手伝ってもらうことが多い</td> <td>自分ではこげない、こがない</td> </tr> <tr> <td>操作方法</td> <td>両手でこげる</td> <td>片手(右・左)と片足でこぐ</td> <td>両足でこぐ</td> </tr> </table> <p>注: 自操可能な距離を記入ください。 ()</p>		座る	一人で安定して座ることができる	シートベルトや体幹パットがあれば安定して座れる	座ることができない	オムツ使用	していない	している		褥瘡	ない	できやすい	現在ある	車椅子操作	注自分でこげる	注自分でこぐこともあるが、手伝ってもらうことが多い	自分ではこげない、こがない	操作方法	両手でこげる	片手(右・左)と片足でこぐ	両足でこぐ
座る	一人で安定して座ることができる	シートベルトや体幹パットがあれば安定して座れる	座ることができない																		
オムツ使用	していない	している																			
褥瘡	ない	できやすい	現在ある																		
車椅子操作	注自分でこげる	注自分でこぐこともあるが、手伝ってもらうことが多い	自分ではこげない、こがない																		
操作方法	両手でこげる	片手(右・左)と片足でこぐ	両足でこぐ																		
<p>4 車椅子の使用目的 (1) 室内にて使用: 自宅内・施設内 (2) 屋外にて使用: 通院・散歩・買物・通所・その他 () ア 車椅子使用時に坂道 (有・無) イ タクシー・乗用車への車椅子の積み込み (有・無) 乗用車の種類 (軽自動車・普通車・その他 ()) ※(1)・(2)それぞれの1日及び週における使用頻度等を記入ください。</p>																					
<p>5 車椅子操作の経験 (有・無)</p> <p>6 新規・再支給・修理を希望する理由を記入ください。</p>																					
<p>7 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 (済 ・ 未)</p>																					
<p>調査日 年 月 日 市町村調査者氏名</p>																					

介護保険に係る調査書

(介護保険による福祉用具貸与が困難な理由の確認)

氏名	生年月日 年 月 日生 (歳)
要介護認定の申請 (あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定)	
介護認定の結果 (非該当 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5) *直近の認定年月日 (年 月 日)	
<p>介護保険による福祉用具貸与が困難な理由は、以下の1~4のうち、いずれに該当しますか？該当する番号に○をし、その理由について記載してください。</p> <p style="text-align: center;">[※法的優先順位：障害者総合支援法 < 介護保険法]</p>	
<p>1 レディメイドの車椅子(電動車椅子)では対応できない場合</p> <p>①福祉用具貸与で検討した全ての車椅子等のメーカー、品番、型番等 (※カタログ(価格が記載されたもの)等(写し)を添付すること。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div> <p>②①の車椅子(電動車椅子)では、対応が困難な<u>具体的な理由</u>を記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p>2 要支援1,2及び要介護1の方(福祉用具貸与の対象外)場合 「例外給付」の検討状況及びその結果について記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p>3 ケアプランの状況等で福祉用具貸与が受けられない場合 その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
<p>4 その他、福祉用具貸与が困難な場合 その理由について、具体的に記載してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 80%; margin: 10px auto;"></div>	
調査日： 年 月 日	市町村調査者氏名：