

補装具費支給意見書（内部障害用）

（令和7年11月改訂）

（車椅子・電動車椅子用）

氏名	年 月 日生（ 歳）
原因となった疾病名	
参考となる経過・現症	
その他参考となる合併症状	
<p>車椅子・電動車椅子の必要性</p> <p>*車椅子・電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない理由、歩行に著しい制限を受ける理由、歩行により症状の悪化をきたす理由等について、医学的所見を記載してください。</p>	
<p>使用効果見込み</p> <p>*車椅子・電動車椅子使用により可能となることを記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・屋内移動 ・屋外移動 ・介助が不要となる ・その他（具体的に） 	
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;"> 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 医師氏名 （記名押印又は署名） </p>	

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			
本体価格	名称(注)1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用			
	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×()			
		<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			
	シート	<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			
		<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			
	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			
		<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			
		<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)			
		<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	<input type="checkbox"/> 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)			
		<input type="checkbox"/> フレーム一体型 <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)			
<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				
	<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"/> キャンパー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動				
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア(標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク				
キャスタ	<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				
	<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、適合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) ベルモビル社 (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)

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 (_____)

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

(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。

3 本人の身体状況等 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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、手伝ってもらふことが多い	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

注: 自操可能な距離を記入ください。 (_____)

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。

5 車椅子操作の経験 (有・無)

6 新規・再支給・修理を希望する理由を記入ください。

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)

調査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 市町村調査者氏名 _____

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>	
<p>調査日： 年 月 日 市町村調査者氏名：</p>	