

電動車椅子（標準形）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 ( )

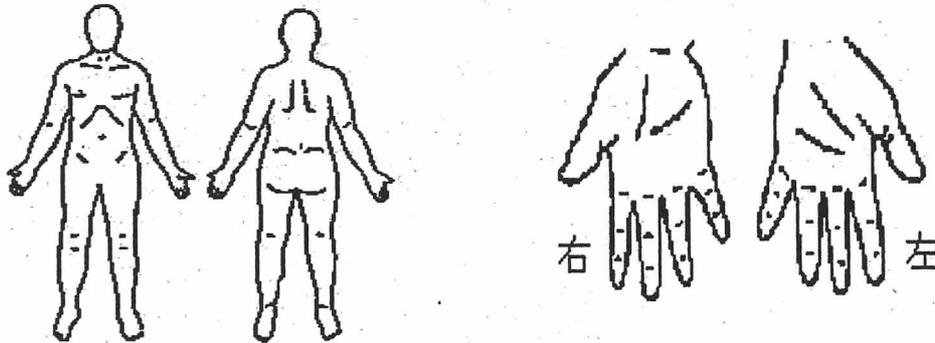
(4) 感覚障がい：（下記図示）： 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 ( ) ・なし

(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 電動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) 電動車椅子使用歴：(有・無) (形) (年頃～)

※有の場合、下に記入すること。

電動車椅子操作：屋内：自分でできる・なんとかできる・できない

屋外：自分でできる・なんとかできる・できない

平地走行(可・不可) ブレーキ操作(可・不可)

坂路昇降(可・不可) 方向転換(可・不可)

(3) 移動：四つ這い移動(可・不可) 車椅子⇔ベッド(可・不可)

室内移動(可・不可) 車椅子⇔トイレ(可・不可)

座位保持(可・不可) 車椅子⇔床マット(可・不可)

車椅子⇔浴槽(可・不可)

4 電動車椅子(標準形)処方 ※ 電動車椅子(標準形)処方箋にも必ず記載すること。

名称 低速用(4.5 km/h) 中速用(6.0 km/h)

製作方式 モジュラー式(カタログを添付すること) レディメイド式(カタログを添付すること)

オーダーメイド式

※オーダーメイド式の場合、モジュラー式で対応できない理由を下欄に必ず記載すること。

( )

機構及び機構部品の必要理由（標準構造部品を除く）【標準形用】

機 構	01. 手動リクライニング機構 02. 電動リクライニング機構 03. 電動ティルト機構 04. 電動ティルト・リクライニング機構 05. 電動リフト機構					
機 構 部 品	スイッチ・操作レバー	06. バネ圧の変更 07. スイッチ延長	フット・レッグサポート	17. 挙上式 18. 着脱式 19. 開閉着脱式 20. 挙上・開閉着脱式 21. レッグベルト全面張り	バッテリー	33. リチウムイオンバッテリー
	シート	08. スリング式 09. 張り調整式 10. 奥行き調整	フットサポート	21. セパレート式(二重折込式) 22. 前後調整 23. 角度調整 24. 左右調整 25. 金属製	タイヤ	34. ノーパンク
	バックサポート	11. 張り調整式 12. ワイドフレーム 13. バックサポート延長(頭頸部まで) 14. 高さ調整 15. 背座角度調整 16. 背折れ	アームサポート	26. 固定式(独立型) 27. 着脱式(フレーム一体型・独立型) 28. 跳ね上げ式(フレーム一体型・独立型) 29. 高さ調整 30. 角度調整 31. 幅広 32. 延長	キャスタ	35. ノーパンク

※機構及び機構部品名（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。

付属品の必要理由【標準形用】

クッション (カバー付き)	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材使用 04. 多層構造 05. 立体編物 06. 滑り止め加工 07. 防水加工	座板	14. 座板のみ 15. クッション一体型	その他	28. 呼吸器搭載台 29. 痰吸引機搭載台 30. 携帯用会話補助装置搭載台 31. 杖たて(一本杖用) 32. 杖たて(多脚つえ用) 33. テーブル(通常) 34. テーブル取付部品 35. カットアウトテーブル(通常) 36. カットアウトテーブル(表面クッション張り) 37. 泥よけ 38. リフレクタ 39. 日よけ 40. 雨よけ 41. 酸素ボンベ固定装置 42. 栄養パック取付用ガードル 43. 点滴ポール 44. 車載固定フック 45. レバーノブ各種形状 46. 高さ調整式手押しハンドル 47. 手動スイングアーム 48. 手動チンコントロール一式 49. 電動チンコントロール一式	
	姿勢保持部品	ヘッドサポート	独立構造			16. 着脱式(枕含む) 17. マルチタイプ(枕含む) 18. 枕オーダーメイド
			枕のみ			19. 枕(オーダーメイド) 20. 枕(レディメイド)
背クッション	08. 体幹パッド 09. 骨盤パッド 10. 足部保持パッド 11. その他の姿勢保持部品	フットサポート	21. ヒールループ 22. アンクルストラップ 23. ステップカバー			
	12. クッションのみ 13. 滑り止め加工	ベルト部品	24. 骨盤 25. 胸 26. 股 27. その他のベルト部品			

※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・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 レクタ クタ 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: \_\_\_\_\_ )





# 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 &lt; 介護保険法〕</p>	
<p><b>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</b></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: 100%; margin: 5px 0;"></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: 100%; margin: 5px 0;"></div>	
<p><b>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</b></p> <p>「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: 100%; margin: 5px 0;"></div>	
<p><b>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</b></p> <p>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: 100%; margin: 5px 0;"></div>	
<p><b>4 その他、福祉用具貸与が困難な場合</b></p> <p>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: 100%; margin: 5px 0;"></div>	
<p>調査日： 年 月 日 市町村調査者氏名：</p>	