

車椅子意見書(心臓機能障害・呼吸器機能障害)

(令和6年4月改訂)

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)																												
住 所																																
原 傷 病 名																																
1 臨床所見	ア 動悸 (有・無) イ 息切れ (有・無) ウ 呼吸困難 (有・無) エ 胸痛 (有・無) オ 血痰 (有・無) カ チアノーゼ (有・無) キ 浮腫 (有・無) ク 心拍数 () ケ 脈拍数 () コ 呼吸数 () サ 血圧 上肢 (最大 最小) 下肢 (最大 最小) シ 他所見 ()																															
2 既往症	ア 心筋梗塞 (有・無) イ 狭心症 (有・無) ウ 心臓弁膜症 (有・無) エ 失神発作 (有・無) オ その他 ()																															
3 胸部X線所見 (年 月 日)	ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度) イ 気腫 化 (無・軽度・中等度・高度) エ 繊維化 (無・軽度・中等度・高度) オ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度) カ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度) ク 心・縦隔変形 (無・軽度・中等度・高度)																															
4 心電図所見 (年 月 日)	ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無) イ 房室ブロック (無・有 第 度) ウ 不整脈 (有・無) ある者では心電図所見(例えば年月日) エ その他の心電図異常所見																															
5 換気機能 (年 月 日)	ア 予測肺活量 (ml) イ 1秒量 (ml) ウ 予測肺活量1秒率 (%) = イ / ア × 100 エ 予測肺活量1秒率																															
6 血液ガス分析所見 (年 月 日) (但し Room Air: FiO2 = %)	ア PaO2 (mmHg) イ PaCO2 (mmHg) ウ SaO2 (%) エ pH ()																															
7 心臓カテーテル検査所見 (年 月 日)	<table border="1"> <tr> <th>区 分</th> <th>右心房</th> <th>右心室</th> <th>肺動脈</th> <th>肺動脈楔入圧</th> <th>左心房</th> <th>左心室</th> <th>大動脈</th> <th>心拍出量</th> </tr> <tr> <td>圧mmHg</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>血液酸素飽和度</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>l/min</td> </tr> </table>					区 分	右心房	右心室	肺動脈	肺動脈楔入圧	左心房	左心室	大動脈	心拍出量	圧mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	血液酸素飽和度	%	%	%	%	%	%	%	l/min
区 分	右心房	右心室	肺動脈	肺動脈楔入圧	左心房	左心室	大動脈	心拍出量																								
圧mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/																								
血液酸素飽和度	%	%	%	%	%	%	%	l/min																								
8 トレッドミル負荷試験 (年 月 日) grade () ※ 1の場合【テスト時間 (分) 運動中酸素消費量 (METS)】																																
9 活動能力の程度(心臓のみ)	ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。 イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰り返す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。 ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの。 エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの。 オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの、又は繰り返してアダムスストークス発作がおこるもの。																															
10 活動能力の程度(呼吸器のみ)	ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。 イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 エ ゆっくりでも歩くと息切れがする。 オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。																															
11 在宅O2療法 (有・無)																																
12 車椅子処方に必ず記入のうえ添付すること。 □レディメイド式 □モジュラー式 □オーダーメイド式 ※モジュラー式もしくはオーダーメイド式を必要とする場合、必ず理由を記載すること。また、メーカー名及び品番も合わせて記載すること。																																
13 総合意見(効果見込み等を具体的にの記載すること。)																																
年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 診 療 科 名		医師名 (記名押印又は署名)			製作予定業者名 種目名称別コード																											

車椅子処方箋

(令和6年4月改訂)

市町村名		氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
疾患名				身長・体重	cm/ kg
障害名				移乗能力	☐ 自立 ☐ 半介助 ☐ 全介助
主な使用場所	☐ 屋内 ☐ 屋外 ☐ 屋内外				
基本価格	☐ 標準 ☐ 頭頸部		☐ 新規支給 (1台) ☐ 再支給 ((注) 1、2、3 が同じ場合) ☐ 再支給 ((注) 1、2、3 が全部または一部異なる場合) ☐ 2台同時支給		
本体価格	名 称 (注) 1	☐ 自走用 ☐ 介助用			
	構 造 (注) 2	☐ モジュラー式 (標準) ☐ レディメイド式 ☐ 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、型番などをこの欄に正確に記入すること。				
加 算 要 素	機 構 (注) 3	☐ リクライニング機構 ☐ ティルト機構 ☐ ティルト・リクライニング機構 ☐ リフト機構			
	機 構 部 品	基本構造	☐ 後方大車輪 (標準) ☐ 前方大車輪 ☐ 6輪構造 (加算項目) ☐ 幅止め		
			シート	☐ スリング式 (標準) ☐ 張り調整式 ☐ 板張り式 (加算項目) ☐ 奥行調整	
		バック サポート		☐ スリング式 (標準) ☐ 張り調整式 (加算項目) ☐ ワイドフレーム ☐ バックサポート延長 (頭頸部までの場合) ☐ 高さ調整構造 ☐ 背座角度調整 ☐ 背折れ構造	
			フット・ レッグ サポート	☐ 固定式 (標準) ☐ 挙上式 ☐ 着脱式 ☐ 開閉着脱式 ☐ 挙上・開閉着脱式 (加算項目) ☐ レッグベルト全面張り	
		フット サポート		☐ セパレート式 (標準) ☐ セパレート式 (二重折込式) ☐ 中折式 (加算項目) ☐ 前後調整 (右・左) ☐ 角度調整 (右・左) ☐ 左右調整 (右・左)	
			アーム サポート	(フレーム一体型) ☐ 固定式 (標準) ☐ 跳ね上げ式 (右・左) ☐ 着脱式 (右・左)	
		(独立型) ☐ 固定式 (右・左) ☐ 跳ね上げ式 (右・左) ☐ 着脱式 (右・左)			
		(加算項目) ☐ 高さ調整構造 (右・左) ☐ 角度調整構造 (右・左) ☐ 幅広 (右・左) ☐ 延長 (右・左)			
		ブレーキ	☐ 駐車ブレーキ (標準)		
			(加算項目) ☐ キャリパーブレーキ ☐ フットブレーキ		
		駆動輪・ 主輪	☐ 固定式 (標準) ☐ 着脱式		
			(加算項目) ☐ 車軸位置調整 ☐ キャンバー角度変更 ☐ 片手駆動構造 ☐ レバー駆動構造		
		タイヤ	☐ エアール (標準) ☐ ノーパンク		
		キャスト	☐ ソリッド (標準) ☐ 衝撃吸収タイプ		
		ハンドリム	☐ プラスチック (標準) ☐ ステンレス ☐ アルミ		
			(加算項目) ☐ ピッチ 30mm 超 (右・左) ☐ 片手駆動		

車椅子処方箋

(令和6年4月改訂)

付 属 品	クッション (カバー付き)	☐ 平面形状型 ☐ モールド型 (加算項目) ☐ ゲル素材 ☐ 多層構造 ☐ 立体編物 ☐ 滑り止め加工 ☐ 防水加工	
		姿勢保持部品 (姿勢保持装置部品) ☐ 体幹パッド (右・左) ☐ 骨盤パッド (右・左) ☐ 足部保持パッド (右・左) ☐ その他 ()	
	座 板	☐ 座板のみ (加算項目) ☐ クッション一体型	
		☐ 背クッションのみ (加算項目) ☐ 滑り止め加工あり	
	ヘッドサポート	独立構造	☐ 着脱式 (枕含む) ☐ マルチタイプ (枕含む) (加算項目) ☐ 枕オーダーメイド製作
			☐ 枕のみ ☐ 枕 (オーダーメイド) ☐ 枕 (レディメイド)
		フットサポート	☐ ヒールループ (右・左) ☐ アングルストラップ (右・左) ☐ ステップカバー (右・左)
	テーブル	☐ テーブル ☐ テーブル取付部品 ☐ カットアウトテーブル (姿勢保持装置部品)	
	転倒防止装置	☐ パイプ ☐ キャスタ付き (加算項目) ☐ キャスタ付き折りたたみ	
		ベルト部品 (姿勢保持装置部品) ☐ 胸 ☐ 骨盤 ☐ 股 ☐ その他の部位 ()	
	搭載台	☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引機搭載台 ☐ 携帯用会話補助装置搭載台	
	杖たて	☐ 一本杖用 ☐ 多脚杖用	
	☐ 泥よけ ☐ スポークカバー ☐ リフレクタ (個) ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 高さ調整式手押しハンドル ☐ ブレーキ延長レバー (右 cm・左 cm) ☐ ハンドリム滑り止め ☐ ハンドリムノブ付き (通常) ☐ ハンドリムノブ付き (垂直) ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養パック取付用ガードル架 ☐ 点滴ポール ☐ 車載固定フック (個)		車椅子採寸表 ・座幅 (cm) ・座奥行 (cm) ・バックサポート長 (cm) ・アームサポート高 (cm) ・前座高 (cm) ・後座高 (cm)
	※その他の付属品、クッションに姿勢保持装置の完成用部品、姿勢保持部品が必要な場合はこの欄に名称・個数を正確に記載すること。		
	処 方	処方年月日 年 月 日 医療機関・診療科名 医 師 名 (記名押印又は署名)	製作予定事業者名 (担当者名:)
種目名称別コード			

車いす判定依頼調査書

(ふりがな) 氏 名	男 女	M・T・S・H	年	月	日生 (歳)																												
住 所																																	
障害名			等級	の 、 級																													
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 (平成 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・座位保持装置・杖・車いす・その他 () 3 本人の身体状況 身長 cm 体重 kg <table border="1"> <tr> <td>座 る</td> <td>一人で安定して座っていることができる</td> <td>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>座ることができない</td> </tr> <tr> <td>ベッドへの移乗</td> <td>できる</td> <td>手伝ってもらおうとできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>便座への移乗</td> <td>できる</td> <td>手伝ってもらおうとできる</td> <td>できない</td> </tr> <tr> <td>オムツ使用</td> <td colspan="3">していない 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>車いす操作</td> <td>自分でこげる</td> <td>自分でこぐこともあるが、 手伝ってもらおうことが多い</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> 4 車いすの使用目的 (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 車いす使用時に坂道 (有・無) イ タクシー・乗用車への車いすの積み込み (有・無) 乗用車の種類 (セダン・ワゴン) 5 車いすの使用頻度 毎日・週2～3回・週1回 6 車いす操作の経験 (有・無) 7 新規・再支給・修理を希望する理由 8 付属品の必要性についての調査結果						座 る	一人で安定して座っていることができる	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	ベッドへの移乗	できる	手伝ってもらおうとできる	できない	便座への移乗	できる	手伝ってもらおうとできる	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	車いす操作	自分でこげる	自分でこぐこともあるが、 手伝ってもらおうことが多い	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	一人で安定して座っていることができる	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																														
ベッドへの移乗	できる	手伝ってもらおうとできる	できない																														
便座への移乗	できる	手伝ってもらおうとできる	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																														
車いす操作	自分でこげる	自分でこぐこともあるが、 手伝ってもらおうことが多い	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																														
調査日 平成 年 月 日																																	
市町村調査者氏名					印																												

介護保険に係る調査書

氏名	M・T・S	年	月	日生 (歳)
障害名	等級 (の 、 級)			
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)				
* 直近の認定日 (平成 年 月)				
障害者自立支援法適用に係る市町村の意見 [介護保険対応の福祉用具 (レディメイドの車いす・電動車いす等) での対応が困難な理由等] 				
介護保険対応の福祉用具 (レディメイドの車いす・電動車いす等) の適用に係るケアマネージャー等の意見 ① 車いす等の試乗 (有 (②へ) ・ 無) 注) 無の場合→試乗等をしていただき介護保険での対応の検討をお願いします ② 試乗した車いす等の型式 [普通型・手動リフト式普通型・前方大車輪型・片手駆動型・レバー駆動型・手押し型] * 各々リクライニング機構の (有 ・ 無) ③ 試乗した車いす等のメーカー、品名、型番等 ④ 操作状況 ⑤ 介護保険の福祉用具 (レンタル) で対応が困難な状況 (身体状況、生活状況、家屋の状況等できる限り詳細をお願いします) ⑥ その他 (この様式に収まらない場合は別紙を添付されてもかまいません)				
平成 年 月 日 (市町村名・職・氏名)				印