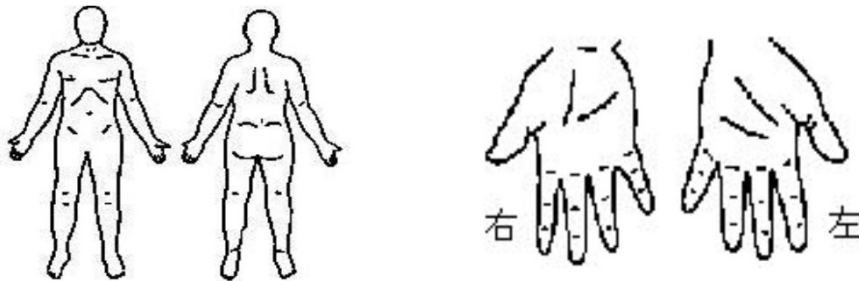


車椅子意見書

氏名		T・S・H・R	年	月	日生 () 歳
住所					職業 (あり・なし)
障害名				等級	級

- 1 神経学的所見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 交通・労災・疾病・先天性・戦傷
 疾病・外傷名 戦災・その他 ()
 発生年月日 昭和・平成・令和 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



運動機能障がい
 感覚障がい
 切離断
 ○ 褥瘡
 拘縮
 × 変形
 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	
室内を移動する（壁、杖、松葉杖） （義肢、装具、車椅子）		背中を洗う	
		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を移動する（家の周辺程度） （杖、松葉杖、車椅子）		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) 移乗能力： ベッド⇔車椅子： 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をお願いします）

(1) 種類（型） ア 普通型 イ 前方大車輪型 ウ 片手駆動型 エ レバー駆動型
オ 手押し型{大車輪のあるもの・小車輪だけのもの}

(式) ア リクライニング式 イ ティルト式 ウ リクライニング・ティルト式
エ 手動リフト式

リクライニング式等を必要とする理由

[_____]

(2) 分類 ア レディメイド（製品名 _____）（カタログを添付すること）
イ オーダーメイド（処方箋は車椅子処方箋に記載して下さい。）

オーダーメイドを必要とする理由（必ず記載してください。）

[_____]

バックサポート	01.背張り調整	アームサポート	16.脱着式	シートブレーキ	31.座板	電動	47.電動簡易型一式
	02.高さ調整式		17.高さ調整式		32.座張り調整部品		48.レバーノブ各種形状
フロントサポート	03.背折れ機構	車輪等	18.高さ角度調整式	クッション	33.座奥行調整部品	その他	49.テーブル
	04.延長バックサポート		19.角度調整式		34.キャリパーブレーキ		50.シートベルト
	05.枕		20.跳ね上げ式		35.フットブレーキ		51.転倒防止装置 (先ゴム・キャスター)
	06.ヘッドサポートベース		21.拡幅部品		36.延長用ブレーキアーム		52.幅止め
	07.高さ調整手押ハンドル		22.延長部品		37.ホリ・ウレタン多層及び立体編物		53.ステッキホルダー
	08.背座間角度調整部品				38.ゲル・ウレタン組み合わせ		54.日よけ(雨よけ)
	09.挙上式		23.ノーパンクタイヤ		39.バルブ開閉		55.痰吸引器搭載台
	10.脱着式		24.滑り止めハンドリム		40.特殊形状クッション		56.酸素ボンベ搭載台
	11.開閉・挙上式		25.ノブ付ハンドリム		41.フローテーションパッド		57.人工呼吸器搭載台
	12.開閉・脱着式		26.屋外用キャスター		42.特殊空気室構造		58.点滴ポール
	13.前後調整		27.泥よけ		43.クッション滑り止め		59.栄養ハック取付ガード架
	14.角度調整		28.車軸位置調整部品		44.クッションカバー		60.トーキングエイド搭載台
	15.左右調整		29.大車輪脱着ハブ		45.背クッション		61.車載用固定フック
			30.スポークカバー		46.クッション		

【付属品名(番号)・個数および必要理由記載欄】

51. 転倒防止装置のキャスター付き折りたたみ式が必要な場合は、転倒防止装置が必要な理由に加え、外出の頻度や頻りに段差を介助する等実際の生活状況を記載してください。

所在地
医療機関
診療科名

令和 年 月 日

医師名

(記名押印又は署名)

車椅子処方意見書(心臓機能障害・呼吸器機能障害)

氏名	生年月日	T・S・H・R	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) ウ 繊維化 (無・軽度・中等度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度) カ 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <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> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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返し、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し、救急医療を繰返し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るもの、又は繰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	a 車椅子レディメイド(標準規格品) 製品名: _____ ※カタログを添付してください。 b 付属品()																																
13 総合意見(効果見込み等を具体的に記載してください。)																																	
令和 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

※オーダーメイドの場合のみ記載

氏名		生年月日		T・S・H・R 年 月 日 () 歳		
住所			TEL			
医学的所見	疾患名	身長 体重	cm / kg	職業 (具体的に)		
	障害名	移乗 能力	自立・半介助・介助	主な使用場所	屋内 屋外 屋内外	
名称	1. 普通型		6. リクライニング式前方大車輪型		11. 手押し型 A・B	
	2. リクライニング式普通型		7. 手動リフト式普通型		12. リクライニング式手押し型	
フレーム	3. ティルト式普通型		8. 片手駆動型(右・左)		13. ティルト式手押し型	
	4. リクライニング・ティルト式普通型		9. リクライニング式片手駆動型(右・左)		14. リクライニング・ティルト式手押し型	
	5. 前方大車輪型		10. レバー駆動型		15. その他()	
	材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他()		駆動輪	1. 径: 18・20・22・24インチ・その他() 3. タイプ: 空気入り・ノーバンク		
	特記事項()		2. ホール材質: 鉄・ステンレス・軽合金・その他()			
キャスター	1. 径: 5・6・7・8インチ		ハンド リム	1. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金・樹脂・その他()		
	2. 形状: ソリッド PU・ソフトフォーム 屋外用(エア式)			4. 滑り止め: ゴム・皮革・ビニールコーティング その他()		
バックサポ ート	1. 固定式		アーム サポ ート	1. 固定式 2. デスク型		
	2. 延長バックサポート			3. 高さ角度調整式		
レッグ サポ ート	3. 張り調整式		レッグ サポ ート	4. 高さ調整式		
	4. 高さ調整式			5. 角度調整式		
フット サポ ート	5. 背折れ機構		フット サポ ート	6. 跳ね上げ式		
	6. 背座間角度調整			7. 脱着式		
材質	7. ヘッドサポートベース(枕含む)		材質	1. 調整なし		
	8. 枕(オーダー・レディ)			2. 前後調整(片・両)		
その他	9. その他()		3. 角度調整(片・両)		1. 右 2. 左	
			4. 左右調整(片・両)			
ブレーキ	1. レバー式 a) 平板 b) 丸棒		延長 左	5. 開閉・脱着式		
	2. トグル式			6. 伸縮式		
その他	3. その他()		7. 他()		1. 軽合金 2. プラスティック 3. ベルト	
			1. 両側兼用 2. 片側独立			
付属品	1. テーブル <input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下により一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者		シート	1. 標準		
	2. シートベルト <input type="checkbox"/> 腰ベルト <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> その他()			2. ソリッド式(座板)		
オプション	3. クッション <input type="checkbox"/> クッション()cm <input type="checkbox"/> ホリエステル・ウレタン多層構造・立体編物構造 <input type="checkbox"/> ゲル・ウレタン多層構造		延長 右	3. 張り調整		
	<input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造			4. 座奥行き調整		
オプション	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート)		延長 左	a) 着脱式 b) 折りたたみ式		
	<input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> クッション滑り止め					
オプション	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド				測定寸法	
	※ クッション選択に関する特記事項()					
オプション	5. キャリパーブレーキ		21. 幅止め		測定値を()内に記入	
	6. フットブレーキ		22. ガスダンパー			
オプション	7. 泥よけ(右・左)		23. 高さ調節式手押しハンドル		指定寸法	
	8. スポークカバー(右・左)		24. 車載時固定用フック			
オプション	9. 車軸位置調整		25. 日よけ(雨よけ)		●指定値を()内に記入 ●←内の計算は参考値 ●※印は必要な場合のみ記入	
	10. 大車輪着脱ハブ交換		26. 6輪構造			
オプション	11. サイドガード		27. 成長対応型部品		※ティップイン レバー長 ()	
	12. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) その他					
オプション	13. 屋外用キャスター(エア式)				※フットメンバー長 ()	
	14. ステッキホルダー(1本・2本)					
オプション	15. 点滴ポール				※車輪とハンドリムの距離 ()	
	16. 酸素ボンベ固定装置					
オプション	17. 人工呼吸器搭載台				特記事項、使用者の希望事項など記述すること	
	18. 携帯用会話補助装置搭載台					
オプション	19. 栄養バック取り付け用ガードル架				種目名称別コード	
	20. 痰吸引器搭載台					
処方	処方年月日 令和 年 月 日		製作者者予定名		担当者 ()	
	医療機関・診療科名					
処方	医師名					
	(記名押印又は署名)					

車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	T・S・H・R 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（令和 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・座位保持装置・杖・車椅子・その他（ ） ウ 使用状況について（ ）</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; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">座る</td> <td style="width: 30%;">一人で安定して座ることができる</td> <td style="width: 30%;">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: 25%;">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 付属品等の必要性についての調査結果について ※タイプ変更や付属品追加の場合は、変更・追加理由を具体的に記入ください。</p>																					
<p>調査日 令和 年 月 日 市町村調査者氏名</p>																					