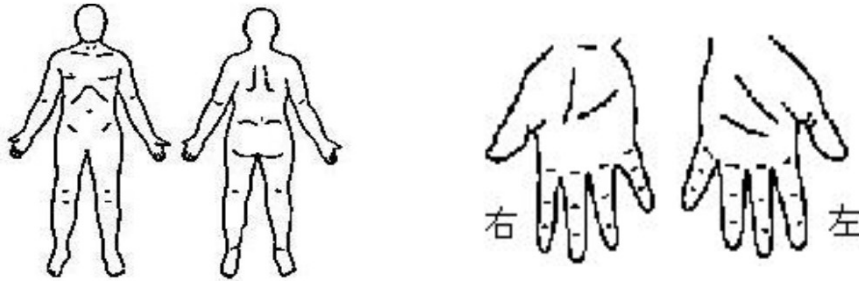


## 電動車椅子意見書

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・筋委縮計測・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、車いす）		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、車いす）		コップで水を飲む	
		様式便器にすわる	
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）（ \_\_\_\_\_ 型）（ \_\_\_\_\_ 年頃）

※有の場合、下に記入してください。

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 電動車椅子処方（電動車椅子処方箋に必ず記載）

種類 ア 普通型（4.5km/h・6km/h） イ 簡易型（アシスト式・切替式）  
ウ リクライニング式普通型 エ 電動リクライニング式普通型  
オ 電動リフト式普通型 カ 電動ティルト式普通型  
キ 電動リクライニング・ティルト式普通型 ク その他

※ リクライニング・ティルト・リフト・その他を必要とする理由

[ \_\_\_\_\_ ]

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.リチウムイオン電池
フットサポート	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.レバーノブ各種形状
	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.感度調整式ジョイスティック
	05.枕		20.跳ね上げ式		35.フットブレーキ		51.テーブル
	06.ヘッドサポートベース		21.拡張部品		36.延長用ブレーキアーム		52.シートベルト
	07.高さ調整手押ハンドル		22.延長部品		37.ポリ・ウレタン多層及び立体編物		53.転倒防止装置 (先ゴム・キャスター)
	08.背座間角度調整部品		23.ノーパンクタイヤ		38.ゲル・ウレタン組み合わせ		54.幅止め
	09.挙上式		24.滑り止めハンドリム		39.バルブ開閉		55.ステッキホルダー
	10.脱着式		25.ノブ付ハンドリム		40.特殊形状クッション		56.日よけ(雨よけ)
11.開閉・挙上式	26.屋外用キャスター	41.フローテーションパッド	57.痰吸引器搭載台				
12.開閉・脱着式	27.泥よけ	42.特殊空気室構造	58.酸素ボンベ搭載台				
13.前後調整	28.車軸位置調整部品	43.クッション滑り止め	59.人工呼吸器搭載台				
14.角度調整	29.大車輪脱着ハブ	44.クッションカバー	60.点滴ポール				
15.左右調整	30.スポークカバー	45.背クッション	61.栄養バック取付カートル架				
			46.クッション	62.トーキングエイド搭載台			
				63.車載用固定フック			

**【付属品名(番号)・個数および必要理由記載欄】**

48. リチウムイオン電池が必要な場合は、生活圏における坂道及び悪路の状況や実際の走行状況(1日の走行距離)等を記載してください。


53. 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)

電動車椅子意見書(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) コ 浮腫(有・無) ク 心拍数( ) ケ 脈拍数( ) シ 呼吸数( ) サ 血圧(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						 CTR 他所見																												
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;"> <tr> <td>区 分</td> <td>右心房</td> <td>右心室</td> <td>肺動脈</td> <td>肺動脈楔入圧</td> <td>左心房</td> <td>左心室</td> <td>大動脈</td> <td>心拍出量</td> </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身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	電動車椅子処方 (別紙「 <b>電動車椅子処方箋</b> 」に必ず記入のうえ添付すること。) ・ 電動車椅子( 4.5km/h ・ 6.0km/h ) ・ 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						製作予定業者																												
医療機関名	診療科名						種目名称別コード																												
	医師名																																		
	(記名押印又は署名)																																		

# 電動車椅子処方箋

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	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			速度	1. 4.5 km/h 2. 6.0 km/h 3. その他 ( )									
名称	1. 普通型 2. リクライニング式 3. 電動リクライニング式 4. 電動リフト式			5. 簡易型(切り替え式・アシスト式) (車椅子部分: オーダーメイト・レディメイト) 6. 電動テイルト式 7. 電動リクライニング・テイルト式 8. その他 ( )			バッテリー	1. 内蔵式(通常・シールド) 2. 外付け式(取り外し型) マイコン内蔵型ニッケル電池 マイコン内蔵型ニッケル水素電池 リチウムイオン電池		充電器 内蔵 外部				
	ジョイスティック	操作源	1. 上肢(右左) 2. 下肢(右左) 3. 頭頸部(チンマウス類) 4. 音声 5. その他 ( )								シート	1. 標準 2. ソリッド式(座板) a) 着脱式 b) 折りたたみ式 3. 張り調整 4. 座奥行き調整		
バックサポーター (背もたれ)	1. 固定式 2. 延長バックサポート 3. 張り調整式 4. 高さ調整式 5. 背折れ機構 6. 背座間角度調整 7. ヘッドサポートベース(枕含む) 8. 枕(オーダー・レディー)		(アームサポーター)	1. 固定式 2. デスク型 3. 高さ角度調整式 4. 高さ調整式 5. 跳ね上げ式 6. 着脱式 7. 幅広(左・右・両) 8. 延長(左・右・両)		レッグサポーター	1. 固定式 2. 着脱式 3. 挙上式 4. 開閉挙上式 5. 開閉・着脱式 6. 伸縮式		フットサポーター	1. 調整なし 2. 前後調整(片・両) 3. 角度調整(片・両) 4. 左右調整(片・両) 5. 開閉・着脱式		ブレーキ	1. レバー式 a) 平板 b) 丸棒 2. トグル式 3. その他 ( )	
	フレーム	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 ( ) 2. 材質: 鉄・ステンレス・軽合金 その他 ( ) 3. タイプ: 空気入り・ノーパンク		キャスター	1. 径: 5・6 7・8インチ 2. 形状: ソリッド PU・ソフトフォーミング 屋外用(エアース)		材質	1. 軽合金 2. プラスチック 3. ベルト		踵止め	右 左 両
付属品 (オプション)	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 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 ( ) 3. クッション <input type="checkbox"/> クッション ( )cm <input type="checkbox"/> 単一空気量調整 <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> ポリエステル・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 <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造 <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿骨部サポート) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> フローテーションパッド ※ クッション選択に関する特記事項 ( ) 5. キャリパーブレーキ 13. サイドガード 21. 栄養パック取り付け用ガード架 29. 成長対応型部品 6. フットブレーキ 14. 転倒防止装置(先ゴム・キャスター) 22. 痰吸引器搭載台 30. 感度調整式ジョイスティック 7. 電動又は電磁式ブレーキ 15. 屋外用キャスター 23. 幅止め その他 _____ 8. 泥よけ(右・左・両) 16. ステッキホルダー(1本・2本) 24. ガスダンパー _____ 9. スポークカバー(右・左・両) 17. 点滴ボール 25. 前輪パワーステアリング _____ 10. 車軸位置調整 18. 酸素ボンベ固定装置 26. 高さ調節式手押しハンドル _____ 11. クライマーセット(段差乗り越え補助装置) 19. 人工呼吸器搭載台 27. 車載時固定用フック _____ 12. フロントサブホイール(溝・脱輪予防装置) 20. 携帯用会話補助装置搭載台 28. 日よけ(雨よけ) _____													
	特記事項、使用者の希望事項(車名)など記述すること													
処方	処方年月日 令和 年 月 日					種目名称別コード								
	医療機関・診療科名 医師名 (記名押印又は署名)					製作者者予定名  担当者 ( )								

## 電動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)
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 本人の居住環境等	
①生活場所    a 入      院      : 退院予定日 (令和      年      月      日) 医療機関名 (      ) b 施設入通所: 施 設 名 (      ) c 在      宅	
②生活状況    a 主たる介護者 ・家族 {配偶者・父・母・息子・娘・子の配偶者・その他 (      ) } 施設職員・ヘルパー・その他 (      ) b 補装具の使用: 有・無 ・車椅子 (      ) ・ 上肢装具・下肢装具・杖・体幹装具 ・座位保持装置・その他 (      )	
③その他      a 電動車椅子の保守点検管理・充電等を行う者 ・家族 {配偶者・父・母・息子・娘・子の配偶者・その他 (      ) } 施設職員・ヘルパー・その他 (      ) b 電動車椅子の保管場所: 有 (      ) ・ 無	
3 本人の身体状況      身長      cm      体重      kg      (該当項目を○で囲む)	
1 座                      る: a できる    b シートベルトや体幹パットでできる    c できない	
2 ベッドへの移乗      : a できる    b 介助でできる    c できない	
3 便座への移乗      : a できる    b 介助でできる    c できない	
4 褥                      瘡: a ない      b できやすい      c 現在ある	
5 車椅子(手動)操作: a 平坦部      (できる   少なればできる   できない) b 坂道悪路    (できる   少なればできる   できない) c 介助度合   (不要   時々介助   概ね介助   全部介助)	
操作方法: a 両手      b 片手(右・左)と片足    c 両足	
4 疾病・合併症等 (有: 病名      、無) 服薬 (有: 薬名      、無)	
5 電動車椅子の使用目的 ア室内にて使用                      : 自宅内・施設内・職場内 イ屋外にて使用                      : 通勤・通学・通所・通院・散歩・買物・その他 (      ) ※ア・イそれぞれの1日及び週においての使用頻度  ウ電動車椅子使用時に坂道: 有・無 エ電動車椅子操作経験            : 有・無 ※有の場合は、過去・現在どの程度練習を実施しているのか	
6 新規・再支給・修理を希望する理由	
7 型式・特別調整・付属品の必要性についての調査結果 (タイプを変更の場合は、変更理由を)	
8 電動車椅子を使用する乗車範囲の見取図及び1日・週間の生活状況 (生活場所、活動内容等 実際の生活状況が分かるもの) について ※別紙に添付お願いします	
調査日 令和      年      月      日 市町村調査者氏名	