

座位保持椅子処方意見書（18歳未満）

氏名	T・S・H・R 年 月 日生（歳）		
住所	(TEL)		
障害名		等級	級
<p>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）</p> <p>(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</p> <p>(2) 起因部位： 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他（ ）</p> <p>(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（ ）</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(7) 聴力障がい：あり・なし (8) 視力障がい：あり・なし</p> <p>(9) 心肺機能障がい：あり・なし (10) 知的障がい：あり・なし</p> <p>参考図示</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> </div> <p> <input type="checkbox"/> 運動機能障がい <input type="checkbox"/> 感覚障がい <input type="checkbox"/> 切離断 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 拘縮 × 変形 </p> <p>握力 右（ ）kg 左（ ）kg 体重（ ）kg 身長（ ）cm</p> <p>参考となる経過・現症（腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他）</p> <p>その他の医学的所見</p>			
令和 年 月 日		製作予定業者名	
所在地 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)			

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○

寝返りする		シャツを着て脱ぐ	
足をなげ出して座る		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	
		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) 施設又は就労支援事業所等に通所中（施設名 _____ 週 _____ 回）

(4) その他（ _____ ）

3 座位保持椅子の使用目的

使用目的：在宅用・就学用・車載用・その他（ _____ ）

※具体的に記入してください。

[_____]

4 座位保持椅子処方

座位保持椅子・机上用盤・軟性内張り

車載用・頭部保持具

特例付属品

[_____]

処方図示：図示又は製品名を必ず記載してください。

5 座位保持椅子の使用効果

※具体的に記入ください。借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記入してください。また、特例付属品が必要な場合は、特例補装具意見書に付属品ごとの必要性を記載の上、提出をお願いします。

6 特記事項

※使用者の希望事項などを記入してください。

（借受けの希望 有 ・ 無 ）