

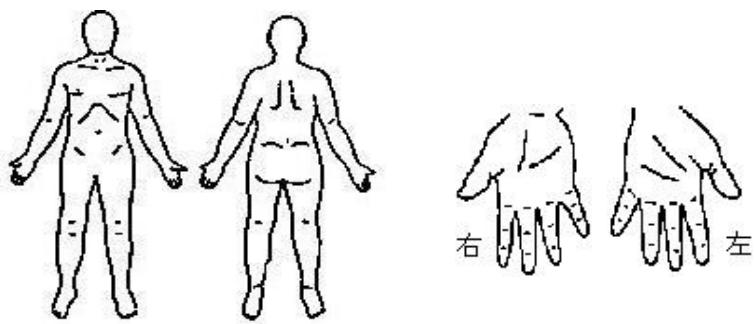
座位保持椅子処方意見書（18歳未満）

氏名	T・S・H・R	年	月	日生（　歳）
住所	(T E L)			
障害名		等級	級	

1 神経学的所見その他の機能障がいの所見（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
発生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日頃
交通・労災・疾病・先天性・戦傷
戦災・その他（　　）
- (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・痙攣性麻痺・拘縮・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) 知的障がい：あり・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）

その他の医学的所見

令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 診療科名	製作予定業者名
医師名 (記名押印又は署名)	種目名称別コード

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	
室内を （壁、杖、松葉杖） 移動する （義肢、装具、車いす）		タオルを絞る	
屋外を移動する （家の周辺程度） （杖、松葉杖、車いす）		背中を洗う	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
		コップで水を飲む	
		洋式便器にすわる	
		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）
- (4) その他（ 週 回）

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、特例付属品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）