

## 車椅子意見書・処方箋

氏名		年 月 日 生 ( 歳)
住所	福岡市 区	電話 ( )
障がい名		等級 級
身体状況	身長： c m	体重： k g
	握力： 右 k g	左 k g
	褥瘡： ない ・ できる危険性あり ・ ある	
	車椅子操作： 可 ・ 少々 ・ 不可	
	現症 ※ 変形、拘縮・麻痺等具体的に記載してください。	
生活場所	1. 入院 医療機関名 ( ) 退院予定 ( 年 月頃) ※ 3か月以内に退院予定がないと支給することはできません。	
	2. 施設 施設名 ( )	
	3. 在宅	
車椅子の使用状況	1. 使用していない	
	2. 使用している 支給制度： 労災 ・ 自立支援法 ・ その他 ( ) 支給年月日： 年 月 再支給の理由： (※必ず記載してください。耐用年数(6年)が過ぎたことだけの理由では再支給は認められませんので、修理不能な理由を記載してください。)	
オーダー車椅子の必要性	※介護保険対象の方は、既製品では対応できない理由を、施設入所中の方は、施設の車椅子では対応できない理由を具体的に記載してください。	
特別な車椅子の必要性	※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、リフト機構が必要な場合、その必要性を記載してください。	

車椅子の種類	【 モジュール（標準） ・ オーダーメイド ・ レディメイド 】		
	【 新規 ・ 再支給 ・ 2台同時 】 【 自走用 ・ 介助用 】		
	（基本価格） 【 標準 ・ 頭頸部 】		
	（機構加算） ・ リクライニング機構 ・ ティルト・リクライニング機構 ・ ティルト機構 ・ リフト機構		
付属品	※必要付属品、個数および必要理由を記載してください。理由のない付属品の加算は認められません。		
	付属品名	個数	必要理由
車椅子採寸表	1. 座幅	c m	年 月 日
	2. 背もたれ高さ	c m	医療機関名
	3. 後座高	c m	所在地
	4. 座奥行	c m	電話番号
	5. 肘受高さ	c m	医師名
	6. 前座高	c m	

適合判定	決裁	年 月 日		
	所長	係長	係員	担当
年 月 日				
担当 :				
医師名 :	印			