


車 椅 子 意 見 書 (呼吸器機能障害者用)

氏 名		生年月日	年 月 日 ()歳													
住 所			手帳等級	種 級												
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。)															
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)															
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	呼吸器機能の臨床所見	① 在宅酸素療法の有無 有 (常時 ・ 活動時のみ) ・ 無 ② 換気機能 (年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 一秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ③ 動脈血ガス (年 月 日) ア 酸素の有無 (有 ・ 無) イ O ₂ 分圧 Torr ウ CO ₂ 分圧 Torr エ pH _____ オ 採血より分析までに 時間 分 カ 耳朶血を用いた場合 []	④ 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)													
	その他の所見	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">視力・視野</td> <td style="width: 25%;">障がいなし 障がいあり</td> <td style="width: 25%;">聴力</td> <td style="width: 25%;">障がいなし 障がいあり</td> </tr> <tr> <td>知的・認知 高次脳機能障がい等</td> <td>障がいなし 障がいあり</td> <td>音声・言語機能</td> <td>障がいなし 障がいあり</td> </tr> <tr> <td>肢体不自由</td> <td>障がいなし 障がいあり</td> <td>心臓機能</td> <td>障がいなし 障がいあり</td> </tr> </table> (呼吸器機能障がい以外で車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載して下さい。)	視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり	肢体不自由	障がいなし 障がいあり	心臓機能	障がいなし 障がいあり	④ 胸部エックス線写真写真所見 (年 月 日)	ア 胸膜癒着 (無・軽度・中程度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中程度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中程度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中程度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中程度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中程度・高度) ⑤現在の活動能力の程度
視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり													
知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり													
肢体不自由	障がいなし 障がいあり	心臓機能	障がいなし 障がいあり													
現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名 :) (歩行等移動に支障をきたしている具体的状況を記載して下さい。)															
移乗動作	自立 要見守り 一部介助 大部分介助 全介助															
手動式車椅子操作	自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他 :)															
その他	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg) 左右大転子間距離 (cm)															
使用効果見込み	なし・あり 効果内容 :															

車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

< 自 操 用 >		< 介 助 用 >		
車 名 称	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式片手駆動型		<input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型	
	※ リクライニング又はリクライニング・ティルト式の必要な理由			
製 作 法	レディメイド (標準規格品)	オーダーメイド (注文品) ※ 必要な理由	モジュラー方式 ※ 必要な理由	
子 付 の 属 品	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 (段階調整式) <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡張 (右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 (パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 (脱着含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式		
	フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 左右調整		
	その他	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 幅止め (本)		
方 品	クッション	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるもの (使用部位:)		
	バッククッション	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左・両) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左・両)		
	多層構造及び立体編物構造のもの	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等)		
	ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) (本)		
	バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式)		
	フロアテーションパッド	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ		
	特殊な空気室構造のもの	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他		
	特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート)			
	枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)			
	クッションカバー (防水加工を施したもの)			
クッション滑り止め部品				
シートベルト (本)				
(使用部位:)				

[特記事項]

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医師氏名

印

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 (呼吸器機能障害)

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。