


電 動 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を要した場合 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)  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	
	その他の所見	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	
	(呼吸器機能障がい以外で電動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。)				
	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg)				
現在の移動方法	平地又は短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き可能 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名:) (電動車椅子がないと移動に困る具体的状況を記載して下さい。)				
手動式 車椅子操作	使用していない 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:)				
屋外使用時の交通規則の理解・遵守	可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難				
使用目的及び場所	屋内での移動 屋外での移動 (通勤 ・ 通学 ・ 通院 ・ 通所 ・ 買物 ・ 散歩) その他 ()				
電動車椅子の使用効果	なし・あり 効果内容:				

(裏面)

電動車椅子の処方 (使用場所： 屋内・ 屋外・ 屋内外)

電 動 車 椅 子 の 処 方	名 称	<input type="checkbox"/> 普通型 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 普通型 (6.0 km/h) <input type="checkbox"/> 簡易型 <input type="checkbox"/> A切替式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) <input type="checkbox"/> Bアシスト式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) 車いす部分の名称 <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 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・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"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> その他		
		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"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ調整式 (段階調整式) <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <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 (ハッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 (脱着式含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整 <input type="checkbox"/> 前後調整			
		操作部	<input type="checkbox"/> 手動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> 電動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> その他 ()			
		レバーノブ形状	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 球ノブ <input type="checkbox"/> Uノブ <input type="checkbox"/> T字ノブ <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左) <input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 幅止め (本) <input type="checkbox"/> その他 ()					
付 属 品 の 処 方	ク ッ シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるクッション (使用場所:)		<input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左) <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) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左) <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) <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) <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) <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"/> 日よけ (雨よけ) <input type="checkbox"/> バッテリー <input type="checkbox"/> 電磁式ブレーキ <input type="checkbox"/> 充電器 (内蔵・ 外部・ 簡易型) <input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び立体編物構造のもの (使用部位: 座面・背もたれ) <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (使用部位: 座面・背もたれ・その他:) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (使用部位: 座面・背もたれ) <input type="checkbox"/> フローテーションパッド (使用部位: 座面・背もたれ・その他:) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (使用部位: 座面) <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・体幹部サポート) <input type="checkbox"/> 枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)		<input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 (呼吸器機能障害) <input type="checkbox"/> 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						

※ 電動車椅子操作が安全にかつ円滑に実施できるか確認するため、身体障害者更生相談所への来所が必要です。
 ※ 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。

[大分県身体障害者更生相談所]