

内部障害者用車椅子支給（修理）意見書

（車椅子、電動車椅子用）

氏 名	（ 男 ・ 女 ）			年	月	日	生（	才）
住 所								
障 害 名		手帳等級		種		級		
原因となった疾病名								
参考となる経過・現症								
<p>（ 歩 行 能 力 ）</p> <p>握力：右（ ） kg 左（ ） kg</p> <p>車椅子の使用経験 普通型車椅子（ 有 ・ 無 ） 電動車椅子（ 有 ・ 無 ）</p> <p>自力操作 普通型車椅子（ 可 ・ 不可 ） 電動車椅子（ 可 ・ 不可 ）</p> <p>交通法規の理解能力（ 有 ・ 無 ）</p> <p>（ その他参考となる合併症状 ）</p>								
補装具の名称								
付 属 品 及 び 特 別 な 処 方								
<p>補装具使用により可能となること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 屋内移動 ・ 屋外移動 ・ 介助が不要となる <p style="text-align: right;">・ その他（ 具体的に ）</p>								
<p>令 和 年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>指 定 医 師 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>								

※身体障害者福祉法15条指定医師により作成のこと。