様式３－２　　補装具費支給意見書（電動車椅子用）

氏　名		男・女	生年月日	年　月　日生（　歳）
住　所				
障害名	※身体障害者手帳の「障害名」を記載してください。		等級	種　級

1　原因となった疾病・外傷名及びその経過
（発生年月日　　年　月　日頃）

2　現在の身体状況
身長（　　）cm　　体重（　　）kg
①上肢（切断や麻痺等の有無，握る・つまむ・物を持つ等の具体的動作について記入）

【握力】　右（　　）kg　左（　　）kg
②下肢（切断や麻痺等の有無，動作能力について具体的に記入）

③現在の移動方法（自力歩行・介助歩行・いざり・手動車椅子駆動・車椅子による介助等）及び移動能力
屋内・・・移動方法（　　）　移動能力（　　）メートル程度　使用補装具（　　）
屋外・・・移動方法（　　）　移動能力（　　）メートル程度　使用補装具（　　）
④視力・聴力・視野
視力障害　有　無　（有の場合その状況　　）
視野障害　有　無　（有の場合その状況　　）
聴力障害　有　無　（有の場合その状況　　）
⑤褥瘡等の状況
感覚障害（臀部・腰背部など）　なし　軽度　重度　脱失
褥瘡　なし・あり（部位：　　）
褥瘡既往　なし・あり（部位：　　）

3　日常生活の活動制限の有無（安静を要する場合はその程度）

4　交通法規の理解　正常　劣る
（劣る場合はその状況　　）

5　処方効果、主な使用目的

6　総合所見（電動車椅子を必要とする医学的理由）

令和　年　月　日　医療機関名
所在地
１５条指定医師名　　印

※身体障害者福祉法１５条指定医師により作成のこと。