

補装具費支給意見書(車椅子、クッション等)

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名及び機能障害名	障害原因と機能障害名を記載すること。(発症年月日) ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)				
障 害 現 症	下肢・体幹機能	関節の可動性、筋力、変形、麻痺、座位姿勢等の状況について記載すること。			
	歩行の状態	1 可 [伝い歩き・杖使用・装具使用・その他()] 2 不可			
	車椅子への移乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助			
	座 位	1 自力にて可 2 支持等あれば可 [背部支持・その他()]			
	上肢機能	関節の可動性、筋力、変形、麻痺等の状況について記載すること。			
	車椅子の操作方法	1 両上肢 2 片上下肢 3 両下肢 4 片上肢 5 片下肢			
	車椅子の操作性	1 自力駆動可 2 辛うじて自力駆動可 3 自力駆動不可			
	臀部の褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことがある 3 現在、過去ともない			
	臀部の状態	1 皮膚の発赤、変色がある 2 やせており、骨の突出がある 3 異常はない			
	知覚障害の状況	1 知覚脱失がある 2 知覚鈍麻がある 3 知覚過敏がある 4 知覚障害はない			
	【注意】 褥瘡が現在、過去ともなく、臀部状態に異常はなく、知覚障害がない場合は、クッションの支給は困難です。				
特記事項(内部障害等)					

