補装具交付要否意見書　　　（歩行器）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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入すること。※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 | 下肢の機能状態、歩行の状態を記入すること。車いすが必要な場合は操作性をフローテーションパット、円座が必要な場合は知覚障害、褥瘡の有無等を、四輪型、（腰掛つき）歩行器が必要な場合は具体的理由を記入すること。 |
| 神経性膀胱の有無 | 1. あり　2. なし | 車いすの操作性 | 1. 自力駆動可　2. 自力駆動不可 |
| 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 |
| 臀部の褥瘡の有無等 | 1. あり　2. 現在はないが、過去にできたことがある　3. 過去、現在ともない |
| 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 |
| その他、フローテーションパット、円座が必要な理由 |
| 補装具の名称及び型式 | 歩行器 | 1. 四輪型（腰掛なし）　2. 四輪型（腰掛つき）　3. 三輪型　4. 四輪型5. 固定型　6. 交互型 |
| その他 | 1. フローテーションパット　2. 円座（大）　3. 円座（小）4. 円座（特殊空気室構造） |
| 使用効果 | 具体的に記入すること。 |
| 上記のとおり診断する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 |
| 〔記載上の留意事項〕　1 選択肢がある場合は、該当する項目に○印(複数も可)をつけ（　　　）内には具体的内容を記入すること。　2 障害の状態等により既製品の車いすによりがたい場合は、オーダーメイドや特別調整とすること。 |