

## 様式6-4

## 補装具費支給についての意見書

(クッション用)

氏 名		生年月日	年 月 日
障害名及び原因 となつた 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 *障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)		
現 症	1 座位保持の状況 端座位 ( 不能 ・ 分程度可能 ) 車椅子時の座位は ( ) 用いて ( ) 時間程度可能  2 褥瘡の有無 無 ・ 有 部位及び程度 ( ) できた時期 (昭・平・令 年 月頃から) 3 過去の褥瘡の病歴 ( ) 4 下半身の知覚異常の有無 無 ・ 有 (部位 ) 5 車椅子乗車時の自力での座位姿勢の変更 可能 ・ 不可能 (状況 ) 6 車椅子乗車時の下半身の痛み 無 ・ 有 (状況 ) 7 血液循環障害 (高・低血圧、心・腎、肝臓疾患、糖尿病等も含む) 無 ・ 有 (状況 )		
車 椅 子 の 生 活 状 況	車椅子の乗車時間 平均1日 時間位 続けて乗る時間 時間 (最長 時間)		
補 装 具 の 種 類	• 平面形状型でゲル素材を使用する場合 • モールド型 • 滑り止め加工を必要とする場合 • 防水加工を必要とする場合 • 座板を必要とする場合 • 背クッションを必要とする場合 • その他 市販品のクッションを必要とする場合 製品名 ( )		
特殊なクッション を必要とする理由			
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医 师 名			

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

※ 市販のクッションを必要とする場合、価格のわかるカタログの写しを添付すること。

〈意見書作成にあたってのお願い〉

この意見書は、車椅子・電動車椅子の付属品として下記のクッションを必要とされる場合に記載していただくものです。

- ・ゲル素材を使用する場合
- ・モールド型
- ・滑り止め加工を必要とする場合
- ・防水加工を追加する場合
- ・座板を必要とする場合
- ・背クッションを必要とする場合
- ・市販品のクッションを使用する場合

対象の方は、原則体幹筋力の低下等により、座位不能若しくは座位困難で褥瘡等の障害のある方となります。なお、介護保険制度でクッションをレンタルできる場合など他制度が利用できる方は、他制度が優先となります。