

補装具費支給についての意見書

(呼吸器機能障害用) (車椅子手押し型・電動車椅子)

氏名				生年月日	年 月 日生	
	手帳	(交付 年 月 日)	障害名		原疾病名	(発生 年 月 日)
医	経過					
	現症					
学	活動能力の程度	ア 階段を人並みの速さではのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。				
		イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。				
的		ウ 人並みの速さで歩くと苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。				
		エ ゆっくりでも少し歩くと息切れする。				
所	換気の機能	(年 月 日)				
		ア 予測肺活量	ml	イ 1秒量	ml	
見	動脈血ガス	(年 月 日)				
		ア 酸素分圧 (. Torr)	イ 二酸化炭素分圧 (. Torr)	ウ pH (.)	エ 酸素吸入の有無 (有 l/min ・無)	
投薬内容						
必要な補装具名・型式		使用場所		補装具を使用しなかった場合に想定される影響		
上記のとおり診断する。						
年 月 日						
医療機関名						
医師名						

〈意見書作成にあたってのお願い〉

この意見書は、呼吸器機能障害のある方が、車椅子手押し型及び電動車椅子を必要とされる場合に記載していただくものです。

対象の方は、車椅子によらなければ身体に悪影響を及ぼすなど歩行機能を代償できないと認められる場合となります。

なお、介護保険制度で車椅子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。