車椅子交付用診療情報提供書（書類判定意見書）

年　　月　　日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長　宛

病院所在地　：

病　院　名　：

診療科名　：　　科　　医師名：

（１）　**所持資格名**：ア　１５条指定医師（身体障がい者手帳診断書作成資格医師）
（〇で囲んで下さい）　イ　自立支援医療（更生医療）指定医療機関勤務医師
ウ　義肢装具等適合判定医師研修会受講終了医師
エ　難病医療拠点病院又は難病医療協力病院難病治療医師
オ　その他・　主治医

ふりがな 氏　名	生年月日：　　年　　月　　日 （　　歳）
(2) **障がい名**（身体障がい者は手帳に記載されている障がい名を記入してください）	身体障がい者手帳等級　　級
(3) **原因となった疾病・外傷名** **発症年月日**　　年　　月　　日 ※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（□する　□しない）	
(4) **身長**　　cm **体重**　　kg	**その他身体状態で留意すべき点**
(5) **現病歴**	
(6) **障がい・疾患の状態**（現在の不自由の程度など。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する）	
(7) **希望車椅子の区分**：①レディメイド式（大・中・小）　②モジュラー式　③オーダーメイド式 （②③は下記（8）に理由要）	
(8) **モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子を必要とする理由（レディメイド式では対応できない理由）**	
(9) **希望車椅子の本体**：□自走用　□介助用	
(10) **機構加算**：□なし　□リクライニング　□ティルト　□ティルト・リクライニング　□リフト	
(11) **必要とする付属品等** **・クッション（　　）　・バックサポート（　　）** **・アームサポート（　　）　・レッグサポート（　　）** **・ブレーキや駆動輪（　　）** **・その他　（　　）** **必要とする具体的理由**（部品ごとにできるだけ詳細に記入してください。） （　　）	

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いします。

キ

リ

ト

リ

車椅子交付用診療情報提供書の書き方（手引き）

（「車椅子交付用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

この診療情報提供書をもとに、患者さんに必要かつ適切な車椅子を、当センターの判定医師が処方しますので、詳細に記入して下さい。

内容に不明な点がある場合は、再度の提出やご本人の来所をお願いしたり、車椅子の処方ができない場合があります。

(1) **所持資格名**：先生がお持ちの資格をア～エの中から選び〇で囲んで下さい。
エの資格の先生は、難病により申請する場合に限ります。

(2) **障がい名：身体障がい者は**身体障がい者手帳に記載されている障がい名と原因疾患名を記入してください。
障がい名は肢体に関するものは必ず記入して下さい。できればその他の障がい名も記入して下さい。等級は、肢体不自由など上肢・下肢・体幹別に記載されている場合はそのとおり記入して下さい。

(3) **原因となった疾病・外傷名**：前述の障がい名のうち、車椅子交付に直接関係する障がいの原因疾患名を記入して下さい。難病患者等の場合は「□する」にチェック入れてください。また、難病患者の方は難病の受給者証等を添付してください。**発症年月日は**わかる範囲内で記入して下さい。

(4) **身長・体重・その他身体状態で留意すべき点**：身長・体重は必ず記入してください。身長や体重が測定困難な場合は、おおよその数値でも結構です。また、レディメイド式の車椅子には、座幅で大（４２cm）・中（４０cm）・小（３８cm）があります。判らない場合は、直接、座幅から希望のレディメイド式の車椅子の大きさを指定していただいても構いません。

(5) **現病歴**：発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。また、今後の症状の推移もわかるようであれば記入して下さい。

(6) **現在の障がい・疾患の状態**：片麻痺、対麻痺、脊髄損傷、下肢筋力低下、下肢切断などの言葉を用いていただいても構いませんが、具体的に「なぜこの方に車椅子が必要なのか」がこの書類を読んだ判定医師にも伝わるように、詳しく記入して下さい。

(7) **希望車椅子の区分**：レディメイド式とモジュラー式、オーダーメイド式の車椅子から選択してください。

(8) **モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子を必要とする理由**：レディメイド式の車椅子で対応できない方には、モジュラー式の車椅子で対応させていただき、モジュラー式では対応できない方には、オーダーメイド式の車椅子で対応させていただくことになります。モジュラー式を希望される方はレディメイド式の車椅子では対応できない理由、オーダーメイド式を希望される方はモジュラー式でも対応できない理由を具体的に記入して下さい。内容が不十分な場合には、モジュラー式やオーダーメイド式の車椅子が処方できない場合があります。

(9) **希望車椅子の本体**：自走用（自分で操るタイプ）と介助用（介助者に押してもらうタイプ）を選択してください。

(10) **機構加算**：車椅子に加算する機能が必要な場合は選択してください。特に加算するものがない場合は、**□なし**にチェックを入れてください。

(11) **必要とする付属品等**：
具体的に記入してください。特殊なものや必要とする理由が不明である場合は、処方できない場合や来所などをお願いする場合があります。
・クッション：座面のクッションは種類（平面形状型もしくはモールド型）と材料（ウレタン・ゲル・多層立体のいずれか）から選択、背クッションなど
・バックサポート：張り調整、背折れ機構など　・アームサポート：着脱式、跳ね上げ式など
・レッグサポート：着脱式、挙上式、開閉挙上式、開閉・着脱式など
・その他：ブレーキや駆動輪に関する付属品（キャリパーブレーキ、フットブレーキ、スポークカバー、滑り止めハンドリム、衝撃吸収タイプのキャスター、泥よけ）、杖たて、転倒防止装置、酸素ボンベ固定装置、搭載台、点滴ポール、胸ベルト、骨盤ベルトなど

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター相談課
（ＴＥＬ　０６－６７９７－６５６１）までお願いします

区保健福祉センター記入欄

補　装　具　理　由　書　（肢体不自由）

氏　　名	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）
必要とする補装具	車椅子　□自走用　□介助用 □リクライニング機構　□ティルト機構　□ティルト・リクライニング機構 □その他（　　）

障がい歴・現症

原因疾病・外傷名　（　　）

発症日　　年　　月　　日

入院歴　1回目　　年　　月　　日

２回目　　年　　月　　日

現在の治療　（　なし　・　　病院　　科　入院中　・通院中　）

現在の状態　（　寝たきり　・かなり介助必要　・やや介助必要　・　自立　）

その他

介護者について

無

有　（氏名　　続柄　　、年齢　　歳　）

補装具の有無及び装着状況

１．持っている

補装具の種別　（　　）

破損の状況　（　　）

装着状況　（　1日中　、　1日に　　時間、　使用していない　）

現補装具と今回希望する補装具との関連

（　　）

２．持っていない

補装具の装用についての意見

記入日	年　　月　　日	担当者名	区保健福祉センター