

# 診断書

〔補装具費支給事業【難病患者等用】〕

この診断書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患者氏名		生年 月日	年 月 日 歳
患者住所	大阪市 区		
疾病名※		発病時期	年 月
補装具名	電動車椅子		
症状及び電動車椅子を必要とする身体 の状況			

(考慮が必要な項目)

- 上記疾病により症状の悪化を防止する観点から電動車椅子が必要である。
- 上記疾病により車椅子等他の補装具では歩行機能の代替はできない。

(使用者条件)

- 日常生活において、視野、視力、聴力等に障がいをもたない又は障がいを有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される
- 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解・遵守することができる

上記の患者の病状等については以上のとおりであると診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

担当医師 氏名

担当医師 連絡先 TEL ( ) -

※疾病名は、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名を記載すること。

【注】この診断書は、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いたします。

# 主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター  
連絡先( 06 - - )

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく補装具費支給事業において、補装具費の支給を受けていただくために、該当疾病であること等医師の診断書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の診断書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、当該疾病（難病等）が起因となり、各種目ごとの対象者となる要件を満たす場合で、かつ現状・病状から当該用具が必要であると認められる場合に支給するものとしています。

- 診断書には、
- ① 症状欄には、在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病に関する現在の主要症状及び身体状況等の変動や日内変動等があれば記入してください。また、別表の対象者としての状況に該当するか否かも記載してください。
  - ② 電動車椅子を使用するうえで、考慮が必要な項目に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。
  - ③ 電動車椅子を使用するうえで、記載の（使用者条件）に該当する場合はチェック欄にチェックをしてください。

以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

別表

種 目	対象者等
電動車椅子	学齢児以上であって、次のいずれかに該当する人 ア 下肢に重度の障がいがあり、電動車椅子によらなければ歩行機能を代替できない人 イ 歩行に著しい制限を受ける人又は歩行により症状の悪化をきたす人