

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）
 (○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（大・中・小）②オーダーメイド（下記（8）に理由要。）	
(8) オーダーメイドの車椅子を必要とする理由（レディメイドでは対応できない理由）	
(9) 希望車椅子の機種： <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型（A） <input type="checkbox"/> 手押し型（B） <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
(10) 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（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いたします。

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○で囲んで下さい。
- (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を記入して下さい。（必ず、特殊疾病に該当するかしないかチェックを記入してください。）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) 希望車椅子の機種：書類判定で交付できる車椅子には、レディメイドとオーダーメイドの車椅子があります。レディメイドの車椅子で対応できない方には、オーダーメイドの車椅子で対応させていただきます。
- (8) オーダーメイドの車椅子を必要とする理由（レディメイドでは対応できない理由）：レディメイドの車椅子では対応できない理由、オーダーメイドの車椅子でないに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、オーダーメイドの車椅子は処方できない場合があります。
 なお、処方された車椅子は、完成後、当センターで「現物検収」（車椅子が処方どおり製作されているかの確認）を行いますので、手元に届くまで若干の期間を要する場合があります。
- (9) 希望車椅子の機種：この診療情報提供書では、主に普通型（自分で操るタイプ）と手押し型（介助者に押しってもらうタイプ）を処方します。その他にも前方大車輪型・片手駆動型の車椅子もありますが、このような機種の場合は、当センターへの本人の来所をお願いしたり、当センターからの訪問診断を受けていただくようお願いする場合があります。
- (10) 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。

- (例)
- ・クッション：多層構造、ゲルウレタンフォーム、バルブ開閉式、フローテーションパッド、同三重構造、特殊な空気構造、背クッション、特殊形状クッション（骨盤・大腿部）
 - ・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：脱着式、跳ね上げ式など
 - ・レッグサポート：脱着式、挙上式、開閉挙上式、開閉・脱着式など
 - ・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、クッションキャスター、泥よけ）、杖たて、転倒防止装置、酸素ボンベ固定装置、人工呼吸器搭載台、点滴ポールなど、

※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

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 <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 <input type="checkbox"/> 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