座位保持椅子支給意見書

**肢体不自由**

**（書類判定用）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | （　　　歳）  Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　　　日生 | 住所 | 本人の生活場所： 在宅　 入院・入所中 | |
| 障害名  疾病・外傷名 | |  | | | 身体障害者手帳 |
| 級 |
| 障害状況及び  座位保持椅子が必要な理由 | | （注）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してください。筋萎縮性側索硬化症などの急速な進行性疾患で、迅速な手続きが必要な場合はその理由についても記載してください。 | | | |
| ※　迅速な支給決定手続きが必要な場合は、チェックしてください。（急速な進行性疾患のみ）　　　該当 | | | |
| 座位保持椅子の  所持状況 | | 所持している　　　　（支給年月日：　　　年　　月　　日）  　同種類のもの　　　他種類のもの（形式：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  破損や不適合の状況 ：  　所持していない | | | |
| 使用目的 | | 自家用車にて使用　　　通学バスにて使用　　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 使用による効果の見込み | |  | | | |
| 使用頻度 | | ほぼ毎日　　　　　週2～3回程度　　　　週１回程度　　　　その他（　　　　　　　　） | | | |
| 処方  内容 | 基準内  加算項目 | 車載用加算　　　　　机上用盤　　　　　座面軟性内張り　　　　頭部保持具 | | | |
| 特例 | **上記以外に必要な部品や機能　　　　※製作図面を添付してください**      **特例でなければならない理由** | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  医療機関名  所　在　地  診療科目名　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　医師氏名（自署） | | | | | |
| 該当する項目にチェックを入れて下さい。  **本意見書を作成することができる医師の範囲は下記の通りです**  身体障害者福祉法第１５条第１項に基づく指定医  　　　　かつ  　整形外科専門医（公益社団法人　日本整形外科学会認定）  　リハビリテーション科専門医（公益財団法法人　日本リハビリテーション医学会認定）  　　　　または  補装具判定医師研修会の修了者（国立リハビリテーションセンター主催） | | | | | |
| 指定自立支援医療機関（育成医療機関）の医師　　※障害児の場合のみ | | | | | |
| 難病法第６条第１項に基づく指定医　　　　　　　　　　※難病患者等で申請の場合のみ | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ｒ6．4月）