

車いす意見書・処方箋

氏名	男 女	年 月 日生 (歳)
住所	福岡市 区	電話 ()
障がい名		等級 級
身体状況	身長： c m	体重： k g
	握力： 右 k g	左 k g
	褥瘡： ない ・ できる危険性あり ・ ある	
	車椅子操作： 可 ・ 少々 ・ 不可	
	現症 ※ 変形、拘縮・麻痺等具体的に記載してください。	
生活場所	1. 入院 医療機関名 () 退院予定 (年 月頃) ※ 3か月以内に退院予定がないと支給することはできません。	
	2. 施設 施設名 ()	
	3. 在宅	
車椅子の使用状況	1. 使用していない	
	2. 使用している 支給制度： 労災 ・ 自立支援法 ・ その他 () 支給年月日： 年 月 再支給の理由： (※必ず記載してください。耐用年数(6年)が過ぎたことだけの理由では再支給は認められませんので、修理不能な理由を記載してください。)	
オーダー車椅子の必要性	※介護保険対象の方は、既製品では対応できない理由を、施設入所中の方は、施設の車椅子では対応できない理由を具体的に記載してください。	
特別な車椅子の必要性	※リクライニング式、ティルト式、リクライニング・ティルト式、6輪構造が必要な場合、その必要性を記載してください。	

