オーダーメイド車椅子費支給意見書（書面判定用）

本人	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日　　歳
	住所			電話
級・等	障がい名	□障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　　**※非手帳所持者の場合は疾患名を記載する。**		
希望型式				
身体状況		**レディーメイド車椅子のサイズでは身体状況に合わない理由** （※参考　レディーメイド車椅子のサイズ　座幅：38cm~42cm　座奥行き：40cm　肘掛け高：21.5cm~23.5cm　前座高：38~47cm　背もたれ高40cm） 身長（　　ｃｍ）体重（　　ｋｇ）左右大転子間距離（　　ｃｍ）		
		記入例）左右大転子間距離が４３ｃｍのためレディメイドでは対応できず、座幅４５ｃｍのオーダーメイド車椅子が必要。		
医学的所見・必要な理由や効果		**※難病患者等の場合、身体症状等の変動状況や日内変動等について記入する。** **また、使用することで、日常生活にどのような効果・影響をもたらすのか具体的に記入する。** **※リクライニング式、ティルト式、リクライニング・ティルト式など特殊な機構を必要とする場合は、その理由を記入する。**		

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関の住所

医療機関の名称

診療科目　：　　専門医

医師名　　印

※意見書作成医師は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医、指定自立支援医療機関の医師、国立ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰで行う補装具関係の補装具適合判定医師研修会を修了している医師、保健所の医師、難病法第6条第1項に基づく指定医のいずれかであること。

※平成２７年４月１日以降はこの様式を使用してください。

※状況により、身体障害者相談センターへの来所が必要な場合があります。

※ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（℡0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。