

車椅子・電動車椅子 意見書
(心臓機能障害・呼吸器機能障害用)

| | | | |
|---|---|------|-----------------------------|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日生 令和 () 歳 |
| 住所 | | | |
| 手帳番号 等級 障害名 | 県・市 第 号 種 級 | | |
| 医学的所見 ・ 検査結果等 | | | |
| 活動能力 歩行能力 及び その程度 | ADLの状況や生活状況等について | | |
| 補装具の 使用により 見込まれる 効果・影響 | | | |
| 補装具の必要性 | ※該当する方に○を記載すること。 現在の障がい状況から（車椅子・電動車椅子）は （必要・不要）である。 | | |
| 上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 15条指定医師名 印 | | | |

※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター(TEL0985-29-2556)までお問い合わせください。