

車椅子意見書

(令和6年4月改訂)

氏名		生年月日	年	月	日 () 歳
住所					
障害名		等級			級

1 神経学的所見及びその他の機能障がい所見 (該当するものを○でかこむこと)

(1) 原因となった疾病・外傷名 【 交通・労災・疾病・先天性・その他 () 】

※発生年月日 (年 月 日頃)

(2) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()

(3) 運動障がい: (下記図示): 弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他 ()

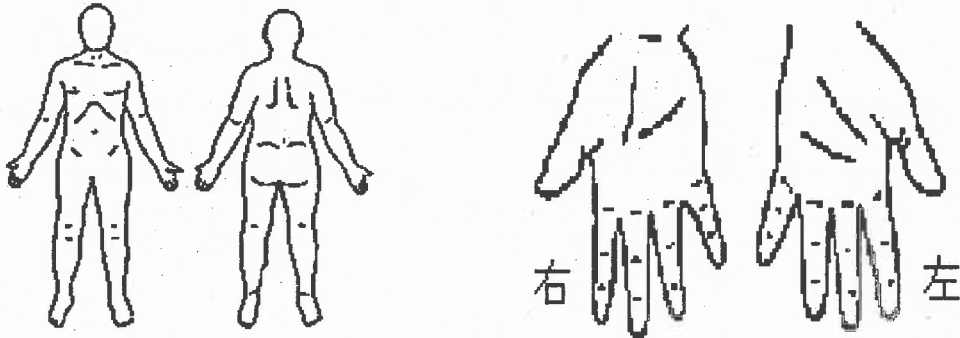
(4) 感覚障がい: (下記図示): 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 ()・なし

(5) 排尿・排便機能障がい: あり・なし (6) 言語機能障がい: 失語・構音障がい・なし

(7) 聴力障がい: あり・なし (8) 視力障がい: あり・なし

(9) 心肺機能障がい: あり・なし (10) 高次脳機能障がい: 失認・失行・その他・なし

参考図示



握力 右 () kg 左 () kg 体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症 (腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他)

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×

（ ）の中のものを使う時はそれに○

寝返りをする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖） 移動する（義肢、装具、車いす）		背中を洗う 食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を（家の周辺程度） 移動する（杖、松葉杖、車いす）		コップで水を飲む 洋 式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする 公共の乗物を利用する	

2 生活地

(1) 在宅 (2) 施設入所中(施設名) (3) その他()

3 車椅子使用目的及び操作能力

(1) 使用目的： 常時多目的・職業用・通勤・通学・通院・その他()

(2) 操作能力： 屋内： 自立・要監視・半介助・全介助 (連続 m操作可能)
屋外： 自立・要監視・半介助・全介助 (連続 m操作可能)

(3) 移乗動作： ベッド⇔車椅子： 自立・時間要・半介助・全介助
ベッド⇔車椅子： 自立・時間要・半介助・全介助

4 車椅子処方（実用性を考慮しての処方とすること。

(1) 本体(用)： ア 自走用 イ 介助用

(機構)： ア リクライニング機構 イ ティルト機構 ウ ティルト・リクライニング機構
エ リフト機構

リクライニング機構等を必要とする理由

[]

(2) 分類 ア モジュラー式 (処方は車椅子処方箋に記載すること。カタログを添付すること。)

メーカー名：

品番：

イ オーダーメイド式 (処方は車椅子処方箋に記載すること。)

オーダーメイド式を必要とする理由 (必ず記載すること。)

[]

ウ レディメイド式 (カタログを添付すること。)

メーカー名：

品番：

機構部品（標準構造部品を除く）の必要理由（車椅子用）

（令和6年4月改訂）

機構部品	基本構造	01. 幅止め	フット・レッグサポ ポート	11. 挙上式 12. 着脱式 13. 開閉着脱式 14. 挙上・開閉着脱式 15. レッグベルト全面張り	ブレーキ	28. キャリパーブレーキ 29. フットブレーキ
	シート	02. 張り調整式 03. 板張り式 04. 奥行調整	フットサポ ポート	16. セパレート式（二重折込） 17. 中折式 18. 前後調整 19. 角度調整 20. 左右調整	駆動輪・主輪	30. 着脱式 31. 車軸位置調整部品 32. キャンバー角度変更 33. 片手駆動 34. レバー駆動
					タイヤ	35. ノーパンク
	バックサポ ポート	05. 張り調整式 06. ワイドフレーム 07. バックサポート延長 （頭頸部まで） 08. 高さ調整 09. 背座角度調整 10. 背折れ構造	アームサポ ポート	21. 固定式（独立型） 22. 跳ね上げ式 23. 着脱式 24. 高さ調整 25. 角度調整 26. 幅広 27. 延長	キヤスタ	36. 衝撃吸収タイプ
					ハンド ドリム	37. ステンレス 38. アルミ 39. ピッチ 30mm超 40. 片手駆動

※機構部品名（番号）・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印（又は署名）が必要。

必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。

あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

付属品の必要理由（車椅子用）

（令和6年4月改訂）

クッション	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材 04. 多層構造 05. 立体編物 06. 滑り止め加工 07. 防水加工	ヘッドサポート	16. 着脱式（枕含む） 17. マルチタイプ（枕含む） 18. 枕オーダー加算（独立構造のみ） 19. 枕のみ（オーダー・レディ）	その他	27. テーブル 28. カットアウトテーブル 29. テーブル取付部品 30. 転倒防止装置（パイプ、キャスター付き、キャスター付き折りたたみ） 31. 搭載台（呼吸器、痰吸引機、携帯用会話補助装置） 32. 杖たて（一本杖用、多脚杖用） 33. 泥よけ 34. スポークカバー 35. リフレクタ 36. 日よけ 37. 雨よけ 38. 高さ調整式手押しハンドル 39. プレーキ延長レバー 40. ハンドリム滑り止め 41. ハンドリムノブ付き（通常） 42. ハンドリムノブ付き（垂直） 43. 酸素ボンベ固定装置 44. 栄養パック取付用ガードル架 45. 点滴ポール 46. 車載固定フック
座板	08. 座板のみ 09. クッション一体型	フットサポート	20. ヒールループ 21. アンクルストラップ 22. ステップカバー		
姿勢保持部品	10. 体幹パッド 11. 骨盤パッド 12. 足部保持パッド 13. その他の姿勢保持部品				
背クッション	14. 背クッション 15. 滑り止め加工	ベルト部品	23. 胸 24. 骨盤 25. 股 26. その他の部位		

※付属品名（番号）・個数とその必要理由をこの欄に具体的に記載すること。

※上記以外の付属品、クッションに姿勢保持装置の完成用部品が必要な場合も、この欄に名称・個数及び必要理由を記載すること。

記載欄が不足する場合は、別紙に記載可能とするが、作成医師の記名押印（又は署名）が必要。
必要理由は、身体状況・使用環境・生活状況等から真に必要な理由を記載すること。
あると便利、無いよりはある方が良く、と言った理由は認められないので留意して記載すること。

年 月 日

医療機関名
所在地
診療科名

医師名
（記名押印又は署名）

車椅子意見書(心臓機能障害・呼吸器機能障害)

(令和6年4月改訂)

氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
住所		

原 傷 病 名

1 臨床所見

ア 動悸 (有・無) イ 息切れ (有・無) ウ 呼吸困難 (有・無)

エ 胸痛 (有・無) オ 心拍数 (有・無) カ チアノーゼ (有・無)

キ 浮腫 (有・無) ク 血圧 (有・無) ケ 脈拍数 ()

コ 呼吸数 () サ 血圧 上肢(最大 最小) 下肢(最大 最小)

シ 他所見 ()

2 既往症

ア 心筋梗塞 (有・無) イ 狭心症 (有・無) ウ 心臓弁膜症 (有・無)

エ 失神発作 (有・無) オ その他 ()

3 胸部X線所見 (年 月 日)

ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度) イ 気腫・化 (無・軽度・中等度・高度)

ウ 繊維化 (無・軽度・中等度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)

オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度) カ 心・縦隔変形 (無・軽度・中等度・高度)

4 心電図所見 (年 月 日)

ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)

イ 房室ブロック (無・有 第 度)

ウ 不整脈 (有・無) ある者では心電図所見(例えば年月日)

エ その他の心電図異常所見



5 換気機能 (年 月 日)

ア 予測肺活量 (ml) イ 1秒量 (ml) ウ 予測肺活量1秒率 (%) =イ/ア×100

ウ 予測肺活量1秒率

6 血液ガス分析所見 (年 月 日) (但しRoom Air:FiO2= %)

ア PaO2 (mmHg) イ PaCO2 (mmHg) ウ SaO2 (%) エ pH ()

7 心臓カテーテル検査所見 (年 月 日)

区 分	右心房	右心室	肺動脈	肺動脈楔入圧	左心房	左心室	大動脈	心拍出量
圧mmHg	/	/	/	/	/	/	/	
血液酸素飽和度	%	%	%	%	%	%	%	l/min

8 トレッドミル負荷試験 (年 月 日)

grade () ※ 1の場合【テスト時間 (分) 運動中酸素消費量 (METS)】

9 活動能力の程度(心臓のみ)

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの。

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状がおこるもの、又は頻回に頻脈発作を起し、救急医療を繰返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己周辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起るもの、又は繰返してアダムスストークス発作がおこるもの。

10 活動能力の程度(呼吸器のみ)

ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる。

イ 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休みながらのぼれる。

ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。

エ ゆっくりでも歩くと息切れがする。

オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。

11 在宅O2療法 (有・無)

12 車椅子処方に必ず記入のうえ添付すること。

レディメイド式 モジュラー式 オーダーメイド式

※モジュラー式もしくはオーダーメイド式を必要とする場合、必ず理由を記載すること。また、メーカー名及び品番も合わせて記載すること。

13 総合意見(効果見込み等を具体的にの記載すること。)

年 月 日	製作予定業者名
所在地	
医療機関名	
診療科名	医師名
	(記名押印又は署名)
	種目名称別コード

車椅子処方箋

(令和6年4月改訂)

市町村名		氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
疾患名				身長・体重	c m/ kg
障害名				移乗能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助
主な使用場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> 屋内外				
基本価格	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部		<input type="checkbox"/> 新規支給 (1台) <input type="checkbox"/> 再支給 ((注) 1、2、3が同じ場合) <input type="checkbox"/> 再支給 ((注) 1、2、3が全部または一部異なる場合) <input type="checkbox"/> 2台同時支給		
本体価格	名称 (注) 1	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用			
	構造 (注) 2	<input type="checkbox"/> モジュラー式 (標準) <input type="checkbox"/> レディメイド式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <small>※モジュラー式、レディメイド式の場合は、メーカー名、製品名、型番などをこの欄に正確に記入すること。</small>			
加算要素	機構 (注) 3	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構			
	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪 (標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 (加算項目) <input type="checkbox"/> 幅止め			
		シート	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 (加算項目) <input type="checkbox"/> 奥行調整		
	バックサポート	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 (加算項目) <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 (頭頸部までの場合) <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ構造			
		フット・レッグサポート	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 (加算項目) <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
	フットサポート	<input type="checkbox"/> セパレート式 (標準) <input type="checkbox"/> セパレート式 (二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式 (加算項目) <input type="checkbox"/> 前後調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整 (右・左) <input type="checkbox"/> 左右調整 (右・左)			
		アームサポート	(フレーム一体型)		
	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 (右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式 (右・左) (独立型)				
	<input type="checkbox"/> 固定式 (右・左) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 (右・左) <input type="checkbox"/> 着脱式 (右・左) (加算項目) <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 (右・左) <input type="checkbox"/> 角度調整構造 (右・左) <input type="checkbox"/> 幅広 (右・左) <input type="checkbox"/> 延長 (右・左)				
	ブレーキ	<input type="checkbox"/> 駐車ブレーキ (標準)			
		(加算項目) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ			
	駆動輪・主輪	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 着脱式 (加算項目) <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造			
		タイヤ	<input type="checkbox"/> エアリー (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク		
	キャスト	<input type="checkbox"/> ソリッド (標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ			
	ハンドリム	<input type="checkbox"/> プラスチック (標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ			
(加算項目) <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 (右・左) <input type="checkbox"/> 片手駆動					

車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	T・S・H・R 年 月 日生 (歳)		
1 原因となった疾病・外傷の発症・受傷の状況 (該当するものを○でかこむこと) 交通・労災・疾病・先天性・戦傷 戦災・その他 ()			
2 本人の居住環境 (1) 生活場所 ア 入院 : 退院予定日 (令和 年 月 日) 医療機関名 () 入院の理由 () イ 施設入所通所: 施設名 () ウ 在宅 (2) 生活状況 ア 主たる介護者 [配偶者・息子・娘・息子の配偶者・その他 ()] イ その他の補装具 (有・無) 下肢装具・上肢装具・座位保持装置・杖・車椅子・その他 () ウ 使用状況について ()			
3 本人の身体状況等 身長 cm 体重 kg			
座る	一人で安定して座ることができる	シートベルトや体幹パットがあれば安定して座れる	座ることができない
オムツ使用	していない		している
褥瘡	ない	できやすい	現在ある
車椅子操作	注自分でこげる	注自分でこぐこともあるが、手伝ってもらうことが多い	自分ではこげない、こがない
操作方法	両手でこげる	片手(右・左)と片足でこぐ	両足でこぐ
注: 自操可能な距離を記入ください。 ()			
4 車椅子の使用目的 (1) 室内にて使用: 自宅内・施設内 (2) 屋外にて使用: 通院・散歩・買物・通所・その他 () ア 車椅子使用時に坂道 (有・無) イ タクシー・乗用車への車椅子の積み込み (有・無) 乗用車の種類 (軽自動車・普通車・その他 ()) ※(1)・(2)それぞれの1日及び週における使用頻度等を記入ください。			
5 車椅子操作の経験 (有・無)			
6 新規・再支給・修理を希望する理由を記入ください。			
7 付属品等の必要性についての調査結果について ※タイプ変更や付属品追加の場合は、変更・追加理由を具体的に記入ください。			
調査日 令和 年 月 日 市町村調査者氏名			