

車椅子意見書

(令和7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等の所見（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 ()

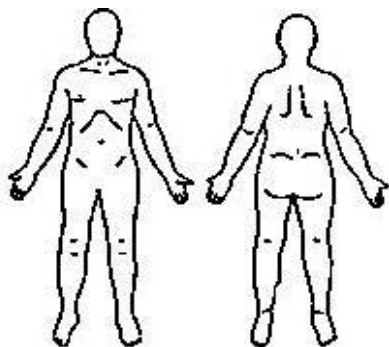
(4) 感覚障がい：(下記図示)：感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 () ・なし

(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



運動機能障がい



感覚障がい



切離断



褥瘡



拘縮



変形

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： 車椅子⇄ベッド： 自立 ・ 時間要 ・ 半介助 ・ 全介助
車椅子⇄トイレ： 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）製作方式 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。）

モジュラー式で対応できない理由（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	基本構造	01. 幅止め	フット・レッグサポート	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. 介助用ブレーキ 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	アームサポート	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い、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。

クッション	01. 平面形状型 02. モールド型 03. ゲル素材 04. 多層構造又は立体編物 05. 滑り止め加工 06. 防水加工	ヘッドサポート	独立構造 15. 着脱式（枕含む） 16. マルチタイプ（枕含む） 17. 枕オーダーメイド	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、多脚つえ用） 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. ブレーキ延長レバー 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. 点滴ボール 46. 車載固定フック
		枕のみ	18. 枕（オーダーメイド） 19. 枕（レディメイド）		
座板	07. 座板のみ 08. 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	09. 体幹パッド 10. 骨盤パッド 11. 足部保持パッド 12. その他の姿勢保持部品				
背クッション	13. 背クッション 14. 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7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 血痰(有・無) カ チアノーゼ(有・無) キ 浮腫(有・無) ク 心拍数() 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)	<table border="1"><thead><tr><th>区 分</th><th>右心房</th><th>右心室</th><th>肺動脈</th><th>肺動脈楔入圧</th><th>左心房</th><th>左心室</th><th>大動脈</th><th>心拍出量</th></tr></thead><tbody><tr><td>圧mmHg</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td></td></tr><tr><td>血液酸素飽和度</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>l/min</td></tr></tbody></table>					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
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こし、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身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こるもの、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記載すること。)																																
年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 診 療 科 名	製作予定事業者名																															
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7年4月改訂)

市町村名		氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
身長・体重	c m/ kg		主な使用場所	☐ 屋内 ☐ 屋外 ☐ 屋内外	
基本価格	☐ 標準 ☐ 頭頸部		☐ 新規支給（1台） ☐ 再支給（（注）1、2、3が同じ場合） ☐ 再支給（（注）1、2、3が全部または一部異なる場合） ☐ 2台同時支給		
本体価格	名 称（注）1	☐ 自走用 ☐ 介助用			
	製作方式（注）2	☐ モジュラー式（標準） ☐ レディメイド式 ☐ オーダーメイド式			
	※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、型番などを正確に記入し、カタログの写しを添付すること。				
加 算 要 素	機 構（注）3		☐ リクライニング機構 ☐ ティルト機構 ☐ ティルト・リクライニング機構 ☐ リフト機構		
	機 構 部 品	基本構造	☐ 後方大車輪（標準） ☐ 前方大車輪 ☐ 6輪構造 （加算項目） ☐ 幅止め×（ ）		
			シート	☐ スリング式（標準） ☐ 張り調整式 ☐ 板張り式 （加算項目） ☐ 奥行調整	
		バックサポート		☐ スリング式（標準） ☐ 張り調整式 （加算項目） ☐ ワイドフレーム ☐ バックサポート延長（頭頸部までの場合） ☐ 高さ調整 ☐ 背座角度調整 ☐ 背折れ	
			フット・レッグサポート	☐ 固定式（標準） ☐ 挙上式 ☐ 着脱式 ☐ 開閉着脱式 ☐ 挙上・開閉着脱式 ×（ ） ×（ ） ×（ ） ×（ ） ×（ ） （加算項目） ☐ レッグベルト全面張り	
		フットサポート		☐ セパレート式（標準） ☐ セパレート式（二重折込式） ☐ 中折式 （加算項目） ☐ 前後調整（右・左） ☐ 角度調整（右・左） ☐ 左右調整（右・左）	
			アームサポート	【フレーム一体型】 ☐ 固定式（標準） ☐ 跳ね上げ式（右・左） ☐ 着脱式（右・左）	
		【独 立 型】 ☐ 固定式（右・左） ☐ 跳ね上げ式（右・左） ☐ 着脱式（右・左）			
		（加算項目） ☐ 高さ調整（右・左） ☐ 角度調整（右・左） ☐ 幅広（右・左） ☐ 延長（右・左）			
		ブレーキ	☐ 駐車ブレーキ（標準） （加算項目） ☐ 介助用ブレーキ ☐ フットブレーキ		
			駆動輪・主輪	☐ 固定式（標準） ☐ 着脱式 （加算項目） ☐ 車軸位置調整 ☐ キャンバー角度変更 ☐ 片手駆動 ☐ レバー駆動	
		タイヤ		☐ エアアー（標準） ☐ ノーパンク	
		キャスタ	☐ ソリッド（標準） ☐ 衝撃吸収タイプ		
		ハンドリム	☐ プラスチック（標準） ☐ ステンレス ☐ アルミ		
			（加算項目） ☐ ピッチ 30mm 超（右・左） ☐ 片手駆動		

車椅子処方箋

(令和7年4月改訂)

付 属 品	クッション (カバー付き)	□平面形状型 □モールド型	
		(加算項目)	□ゲル素材 □多層構造又は立体編物 □滑り止め加工 □防水加工
	姿勢保持部品 (姿勢保持装置部 品)	□体幹パッド (右・左) □骨盤パッド (右・左) □足部保持パッド (右・左) □その他 () × ()	
	座 板	□座板のみ	
		(加算項目) □クッション一体型	
	背クッション	□背クッションのみ	
		(加算項目) □滑り止め加工	
	ヘッドサポート	独立構造	□着脱式 (枕含む) □マルチタイプ (枕含む)
			(加算項目) □枕オーダーメイド製作
		枕のみ	□枕 (オーダーメイド) □枕 (レディメイド)
	フットサポート	□ヒールループ (右・左) □アンクルストラップ (右・左) □ステップカバー (右・左)	
	テーブル	□テーブル □カットアウトテーブル (姿勢保持装置部品) □テーブル取付部品 × ()	
	転倒防止装置	□パイプ × () □キャスタ付き × ()	
		(加算項目) □キャスタ付き折りたたみ × ()	
	ベルト部品 (姿勢保持装置部品)	□胸 □骨盤 □股 □その他の部位 () × ()	
搭載台	□呼吸器搭載台 □痰吸引機搭載台 □携帯用会話補助装置搭載台		
杖たて	□一本杖用 × () □多脚つえ用 × ()		
☐ 泥よけ × () ☐ スポークカバー × () ☐ リフレクタ × () ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 高さ調整式手押しハンドル × () ☐ プレーキ延長レバー (右 cm・左 cm) ☐ ハンドリム滑り止め × () ☐ ハンドリムノブ付き (通常) × () ☐ ハンドリムノブ付き (垂直) × () ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養パック取付用ガードル架 ☐ 点滴ボール ☐ 車載固定部品 × ()		【車椅子採寸表】 ※必ず記載すること。 ・座幅 () c m ・座奥行 () c m ・バックサポート長 () c m ・アームサポート高 () c m ・前座高 () c m ・後座高 () c m	
※その他の付属品、クッションに姿勢保持装置の完成用部品、姿勢保持部品、完成用部品に収載されていない同等のクッション等が必要な場合はこの欄に名称・個数を正確に記載すること。			
処 方	年 月 日		製作予定事業者名
	医療機関・診療科名 医 師 名 (記名押印又は署名)		(担当者名 :)
		種目名称別コード	

車椅子判定依頼調査書

(ふりがな) 氏名	生年月日	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（ 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（姿勢）保持装置・杖・車椅子・その他（ ） ウ使用状況について ※特に「座る」と「移動」を兼ね備えた補装具（姿勢保持装置、電動車椅子、車椅子については、別紙で使用状況及び使い分けの状況を記載してください。				
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、手伝ってもらったことが多い	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「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 (済 ・ 未)				
調査日	年	月	日	市町村調査者氏名

車椅子・電動車椅子のクッションの比較検討状況について

氏 名：_____ 生年月日：_____ 年 _____ 月 _____ 日（_____ 歳）

【クッション】

※ 注1 試用した(a)「告示に定められているクッション」、(b)「姿勢保持装置(支持部:骨盤・大腿部)の「完成用部品」、(c)「完成用部品に収載されていない同等の機能を持つクッション」の比較検討状況について記載してください。

注2 試用するも、適合しなかったクッションについても記載してください。

(カタログに記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記載すること。)

	部品名 (付属品名)	特徴	試用期間・ 時間	希望理由・結果 (使用感や特に不都合があるところを具体的に記載すること。)
記載例	(b) ペルモビ ル 1RXXPC (ロホ・1パ ルブ)	体圧を分散し、摩擦と ずれを軽減します。空 気圧の調整が簡単で、 体の形状にフィットし、 組織の変形を最低限に 抑えます。	RO.O.O ～ RO.O.O (1日2時間)	感覚障がい(感覚脱失)があり、褥瘡の危険性が高い。試用した結果、臀部の発赤等も見られなくなった。座位姿勢も安定していて問題なかった。
申請の クッション				
他に比較 検討した クッション				
※ 比較検討したクッションがない場合は、その理由を記載してください。				

記入日：_____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者：_____ (職種：_____)