様式　３－４

補装具費支給意見書（車椅子文書判定用）

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>昭和・平成</td><td rowspan="2">入所施設等</td><td>☐ 在宅（在宅の場合☑）</td></tr>
<tr><td>氏 名</td><td></td><td>年　月　日
(　歳)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">障害名及び原因となった疾病・外傷名等</td></tr>
<tr><td colspan="6">障害・疾病等の状況　（来所できない理由を含め詳細に記載して下さい。）</td></tr>
<tr><td colspan="6">必要な車椅子の名称
a　自走用　　b 介助用
（該当する項目に☑ ）
☐ 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　　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">特に必要な装備・配慮すべき点など</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記車椅子が必要な理由及び見込まれる効果</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり意見する。
令和　　年　　月　　日
病　院　名
所　在　地
診療担当科名
作成医師氏名（自署）
（自署でない場合は氏名の右に押印してください。）</td></tr>
</table>