

<参考様式8> 医師意見書(難病患者等補装具費・電動車椅子支給申請用)(1. 新規 2. 再支給)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生年月日	1. 明治 2. 大正 年 月 日生 3. 昭和 4. 平成 (満 歳)	
氏名							
住所				病名			
発病年月	1. 昭和 2. 平成 年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日	特定疾患 初回認定	1. 昭和 2. 平成 年 月 日		
身体障害者手帳	1. あり(等級 級) 2. なし	介護認定	1. 要介護(要介護度____) 2. 要支援 3. なし				
生活状況	社会活動(1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他( )) 日常生活(1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						
最近1年間の受診状況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院( /月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他( )						
症状の進行性	1. 進行性である < 1. 急速 2. 緩徐( 年) 3. 極めて緩徐(数十年) > 1. 進行性ではない						
症状の変動	1. 日内変動 2. 毎日変動 3. 急に重くなる 4. 数か月で変動する 5. 天候で変わる 6. その他( )						
補装具の種目	電動車椅子 (参考) 車椅子の使用状況 ( 使用している ・ 使用していない )						
<p>上記補装具(電動車椅子)が必要な理由</p> <p>①歩行不可能な下肢障害 ②車椅子で移動を代替できない上肢障害 ③内臓疾患により歩行に著しい制限を受ける等、具体的に記入して下さい。</p> <p>*難病等での身体症状等の変動状況や日内変動状況等についても記載して下さい。記載がなければ現症で判定します。また、症状の悪化を防止するという観点も踏まえ、車椅子ではなく、電動車椅子が必要と判断される場合はその理由を医学的かつ具体的にご記入下さい。</p>							
医療機関名			<input type="checkbox"/>	身体障害者福祉法第15条指定医	<input type="checkbox"/>		保健所の医師
医療機関所在地			<input type="checkbox"/>	指定自立支援医療機関の医師(日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医)			
医師の氏名			<input checked="" type="checkbox"/>	国リハ補装具適合判定医師研修会修了	<input type="checkbox"/>		難病法第6条指定医
電話番号	( )		<input type="checkbox"/>	その他			
			記載年月日	:	年	月	日
※軽快者の症状が悪化した場合のみ記載			・症状が悪化したことを医師が確認した年月日		年	月	日
			・特定疾患登録者証交付年月日		年	月	日

上記の意見書内容について、補装具費支給事務を担当する市町および身体障害者更生相談所が照会することに同意します。

年 ( 年 ) 月 日

本人(代理人)

㊞