［様式４（３）] 2024.04改

付属品等に関する理由書【記入のポイント】

[x] 車椅子　[ ] 電動車椅子　[ ] 姿勢保持装置　□起立保持具　　　　　　　　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　氏　　　　名 | ○○　△△　　　　　　　　　様 |
| 付属品・項目 | 付属品等が必要な理由 |
| 張り調整式バックサポート | 体幹の弛緩性麻痺により安定性が不十分なため、背部から腰部までの張り調整で体幹に合わせた形状にする必要がある。 |
| アームサポート跳ね上げ式 | 移乗動作が横介助移動で、アームサポートが邪魔になるため跳ね上げ式にする必要がある。 |
| 座クッション（ゲル素材） | 長時間の座位保持や作業等で褥創を形成する危険性があり、予防として座クッションの付属が必要。特に仙骨部はゲルで圧分散を向上させる必要がある。 |
| 基本構造に追加して処方する付属品及び使用する完成用部品について全て記入すること | 使用者の身体状況や使用見込みを記入し、その付属品を真に必要とする具体的な理由を記入すること |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | 医師又は医療機関の専門職が記入すること |

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者 | 医療機関名　　△□△□　　　　　　　　　職・氏名　△△　　○○　□□　　　　 |