

車椅子・電動車椅子 意見書
(心臓機能障害・呼吸器機能障害用)

氏 名		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳	
住 所					
手帳番号 等 級 障がい名	<u> </u> 県・市 第 <u> </u> 号 <u> </u> 種 <u> </u> 級				
医学的所見 ・ 検査結果等					
活動能力 歩行能力 及 び その程度	ADL の状況や生活状況等について				
補装具の 使用により 見込まれる 効果・影響					
補装具の 必要性	※該当する方に○を記載すること。 現在の障害状況から（車椅子・電動車椅子）は （必要・不要）である。				
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">1 5 条 指 定 医 師 名 印</p>					

※ご不明な点がございましたら、宮崎県身体障害者相談センター(TEL0985-29-2556)までお問い合わせください。