

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 年 月 日生 令和 () 歳
住 所			
手帳番号 等 級 障 害 名	<u> </u> 県・市 <u> </u> 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。 現在の障がい状況から（車椅子・電動車椅子）は （必要・不要）である。		
上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 15条指定医師名 印			

※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。