

**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	男・女	生年月日	年 月 日生 ( ) 歳
住 所			
手帳番号 等 級 障 害 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。		
上記のとおり意見する。 平成        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。

※平成27年4月1日以降はこの様式を使用してください。