

移動支援支給意見書

氏名		性別	男 ・ 女
住所			
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
障害名			
障害の原因になった 傷病名		発症年月日	昭・平 年 月 日
障害・疾病等の状況			
歩行の状態			
1. 可能 [伝い歩き ・ 杖使用 ・ 装具使用 ・ その他 ()] 2. 不可能 【特記事項】			
車いすの使用			
1. 必要 2. 不要 【特記事項】			
車いすへの移乗			
1. 自力にて可能 2. 一部介助にて可能 3. 全介助 【特記事項】			
車いすの操作			
1. 自走可能 2. 不可能 【特記事項】			
座位			
1. 自立にて可能 2. 背もたれで可能 3. 支持装置で可能 4. 不可能 【特記事項】			
移動支援の利用の要否			
1. 必要 2. 不要 【理由】			
医師としての意見は上記の通りです。 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 電話番号 医 師 名 印			