

年 月 日

病院入院・施設入所中の車いす交付に係る理由書

申請者氏名

記載者氏名

生年月日

職 種

所属機関名

1、身体状況（既製品で対応できない身体的な状況）
2、車いす処方内容（既製品との違い、サイズ、個別に必要な機能等）
3、病院、施設にて貸与の対象となる既製品の車いす使用状況 （既製品使用に際しての問題点）
4、退院・退所の見込みの有無と時期 ①入院・入所期間（ 年 月 日 ～ 現在） ②退院・退所の見込み（有・無） ③退院・退所予定日（ 年 月 日）（決定・予定）
5、総合意見 ①使用頻度（車いすの占有時間等） ②使用することで得られるADLの効果 ③車いすの使用開始時期 ④その他

上記理由により身体状況上、病院・施設にて貸与の対象となる車いすでは対応困難であるためフルオーダーメイドの車いすが必要であります。