補装具費支給要否意見書作成の手引き



福島県障がい者総合福祉センター 令和3年2月

# 目 次

	ペー
はじめに	1
補装具費支給の流れ ――	2
短下肢装具(両側支柱) ————————————————————————————————————	3
短下肢装具 (硬性支柱付き)	7
短下肢装具 (硬性支柱なし・シューホン型) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	1
短下肢装具 (硬性支柱なし・継手付きシューホン型) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	1!
短下肢装具 (硬性支柱なし・タマラック継手型) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	19
車椅子(普通型オーダーメイド) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	2
車椅子(リクライニング・ティルト式手押し型オーダーメイド)	2
座位保持装置(車椅子構造フレーム) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	3
補聴器(片耳装用) ————————————————————————————————————	4
補聴器(両耳装用) ————————————————————————————————————	4
補聴器(聴力が低い方の耳に片耳装用) ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	5
補聴器(耳あな型)	5
重度障害者用意思伝達装置 ————————————————————————————————————	5
眼鏡(矯正用・遮光の機能が必要)	6
眼鏡 (遮光用・かけめがね式) ————————————————————————————————————	6
補装具費要否意見書の作成に関する Q&A	<del></del> 6
参考資料	
福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領	<del></del> 6'

#### はじめに

福島県の障がい者医療・福祉行政の推進につきましては、日頃より御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下「障害者総合支援法」といいます。)』に基づく補装具費支給制度により、身体障がい者の方が補装具費の支給を希望される場合には、お住まいの市町村の障がい福祉担当窓口に申請する必要があります。市町村では、福島県障がい者総合福祉センター(福島県の身体障害者更生相談所です。以下「センター」といいます。)の判定が必要なものについて、センターに判定を依頼し、センターで内容を確認後、補装具費の要否を判定しています。

補装具費の要否判定にあたっては、センターが開催する相談会への出席が必須である補装具(骨格構造義肢、電動車椅子)と、身体障害者福祉法第15条に基づいて指定された医師(以下「15条指定医」といいます。)が作成した『補装具費支給要否意見書(以下「意見書」といいます。)』に基づいて判定できる補装具があります。

この手引きは、15条指定医の先生方が意見書を作成する際の参考としていただくとともに、 市町村の障がい福祉担当窓口で意見書の内容を確認する際に活用できるよう作成しました。

申請数の多い補装具や記入漏れのために返却して追記を依頼することが多い補装具を中心に作成例を示し、正しく記載いただきたい内容について説明しています。意見書の記入漏れがありますと、医療機関に返送して15条指定医の先生方に追記していただくこととなるため、先生方の御負担になるとともに、要否判定が遅れるために身体障がい者の方々が補装具を入手するまでに時間を要することとなります。

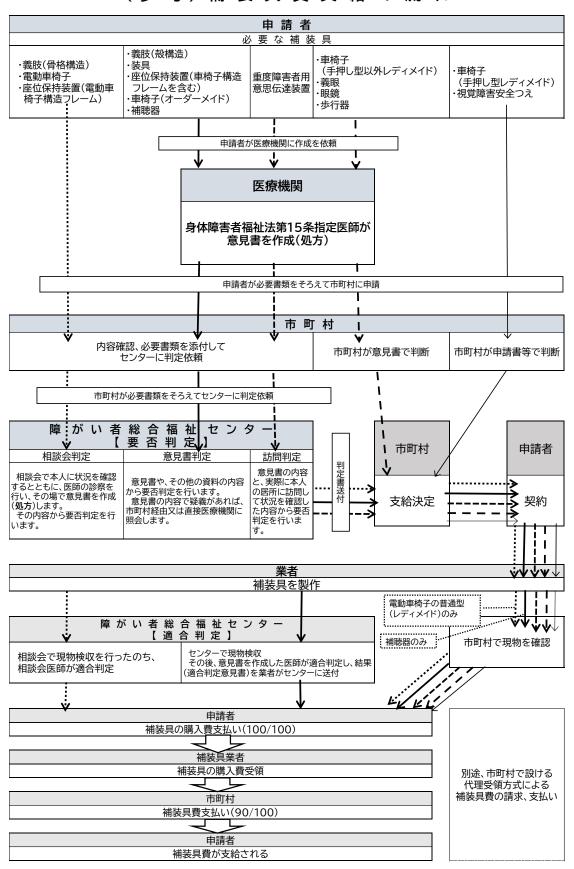
15条指定医の先生方には、記入漏れ等のない適切な意見書作成を心がけていただくことにより、市町村での内容確認やセンターでの判定を速やかに行うことが可能となり、また、再支給の際にも身体状況の変化や前回の補装具との違いを確認しやすくなります。

日々の診察や研究、新型コロナウイルス感染症拡大防止の対策など、お忙しいことと思いますが、迅速かつ適正な補装具費支給制度の運用のため、この手引きを御活用いただきますようお願いいたします。

令和3年2月

福島県障がい者総合福祉センター

# (参考)補装具費支給の流れ



- ※ 新規申請の場合を示しています。また、条件によって取り扱いが異なる場合もあります。 ※ 意見書判定を行っている補装具は、本人の希望などがあれば、相談会判定も可能です。 ※ 詳しくは、当センター発行の「補装具の手引き」最新版を参照願います。

# 短下肢装具 (両側支柱)

様式第3号の3

# 補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

氏		名	本宮 市子 男 ② 生年月日 昭和 ○年 △月 □日生 ●歳						
住		所	○○市●●町△△字□□番地 ●●マンション						
障	がし	八名	左上下肢機能全廃						
原	因とな	こった	脳内出血 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災						
疾系	<b>声・</b> 外	. 傷 名	疾病・外傷発生年月日 平成●年 △月 □日 疾病 先天性・その他( )						
	運動	障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 固縮 5 不随意運動 6 しんせん						
	知労	<b>産がい</b>	7 運動失調 8 その他( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )						
	24元	中 //・/・	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】						
障	下	股関節	可動域 屈曲10°、伸展5°、外旋50°、内旋40°、外転40°、内転20° MMT 屈曲2、内転2、外転2、伸展1、内旋1、外旋1						
が	トライン   上版   上版   上版   上版   上版   上版   上版   上		可動域 屈曲140°、 伸展0° 「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。						
の			可動域 背屈 5° 底屈 20° MMT 背屈 1、底屈 1						
状			独歩不能。装具及びT字杖を使用して介助歩行可能。						
況			【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】						
		を機能 機能	左上肢筋力消失 握力0 体幹 ふらつきあり						
	脚	長 差	1 なし 2 あり → cm						
必	☑ 短	下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね						
要	口長	下肢装具	$F$ 硬性 $ ightarrow 1$ 支柱付き $2$ 支柱なし $G$ 軟性 $\square$ PTB免荷付き $igcap A$ 両側支柱 $B$ 片側支柱 $C$ 硬性 $\square$ 骨盤付 $\square$ 坐骨支持式						
بح	□膝		する補装具の種類にチェックを入れ、その分類を 軟性						
す	□股		A 阿側文柱 B 健性 C 軟性						
る	□足	底 装 具	A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔						
補	□靴	型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴						
装	□歩	行 器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型 補装具を使用することによって得られる使用効果の						
具		借受け	期間: か月 所見〔						
使月	用効果		装具使用により、安定した歩行が可能になる。						

裏面へ続く

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

#### 障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「**運動障がい」・「知覚障がい」** 該当する項目を○で囲んでください。

#### 「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例:筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

### 【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。 なお、処方の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が半月と皮革等(カフバンド)のものは両側支柱、半月とモールドのものは硬性(支柱付き)に分類されます。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

	処	方		传	ŧ	用	木	オ	料	•	型	式	等
久	心方 部位		Α	右	В	左	СТ	<b>可側</b>					
ŧ	采型・採 寸		A	採型	) в	採寸							
	股 継 手		A	固定	В	遊動						•	
継	膝 継 手		А	固定	В	遊動	C	プラスラ	チック継手	•••••			
	足継 手		Α	固定(	В	遊動	C 5	プラスラ	チック継手				
手	※ 固定継手は		見用す	る場合に	このみ	用いるこ	とができ	きる。					
		、継手のある支柱を使	T										
	仙腸支持部	***************************************	+						1 支柱付			В	軟性
支	大腿支持部					<i>~</i> - ·	•		フバンド 2			<b>교</b> 十.4t	<del></del>
			+	C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式 A 半月 B 皮革等 1 カフバンド 下腿コルセット									
持	下腿支持部				`	$\overline{}$			2 熱可塑		/• C//		
									PTS支持		BM支持	式	
部	足 部	***************************************	<u> </u>	_	_				等 大(足部		_		
	, L H		•		-			***************************************	モールド (素				
									欠性支柱なし		_	_	膝当て
$z_{\sigma}$	の他の加算要素								ETス シクル I			トフツノ	
	/匝*/加弄安尔								ラファレーエ 高用足部			(すべり	止め用)
									₩・下腿部 🕻	$\overline{}$			
	股継 手		Α	ロック	式→	1 輪止=	し 2 ス	トッパー	一付輪止式	3レバ	ーロック式	В 边	控動式
完			Α	遊動ュ	弋 →	1 普通型	世 2 才	フセッ	ト В □∑	ック式	→ 1 輪止5	式 2 スト	ッパー付輪止式
	膝 継 手		С	スイス	ロック	ウ式 D	横引	き式	E トライ	イラテラ	デル F	ダイヤル	レロック
成			ł			1 遊動							
	足継手		A	制御記	弋(制	限付)	В	制御ェ	<b>弋(補助付)</b>	→ 1	一方向	2 二方	向 遊動式
用	あぶみ						_						†) → 1 一方向
部			1		•••••				<ul><li>対二方向</li><li>ル C 標</li></ul>				知壮罟
ч	その他					デニス			/ C 15	下十十几	D 383	ירניוו נדלאי	中衣巨
品		部品名				***************************************				***************************************		期	月間 か月
	□ 借受け	理由			••••••					••••••	***************************************		
	製作方法		Α	圧着元	÷,	В グット	ベイヤ・	一式	C マック	アイ式	•		
靴	補 高	高さ cm	A	敷きす	式	B 靴	の補高	<b></b>					
开II			-						カットオフ・ヒー	ール D	キール・ヒー	·NE	サッチ・ヒール
型	ヒールの補正		F	トーマス	· ヒー/	レ G 逆	トーマン	K・ヒール	H フレア-	ー・ヒール	/ I 階段:	状ヒール	
装	足底の補正		Α	内側と	ールヴ	フェッシ゛ E	3 外(	則ソール	ウェッシ゛ C	テ"ンハ	,-•v,- I	ンメイトー	-・半月バー
	Λ-/ <del>-</del> Σν - / ΙΠ-ΙΙ-		<del> </del>						— G ロッカ				
具	付属品等								スり C ト	・ゥボッ	·クス補強 	D 鉛	板の挿入
		= - 1 1 1 = -	8		ヽント	・ドマ	ンツク	ハンド	(裏付き)	<u> </u>	身体障害	害者福祉	止法 一
	上	記のとおり意り 令和〇年									第15条		
		サ和し年		療機		名	● ● ⅓	<b>声</b> 院			の記名・ です。	1.ተተነገ/)	必安
(	身体障害者手	F帳交付日	所	点 ik	I/O				J 🗆 – 🗆		<u> </u>		
	以降の日付に	こなってい	診		科		整形	-	<b>_</b>				
	るか確認して	てください。	作月	龙医的	币氏	名	00	00	)			印	)
Щ													(R2. 6)

- 5 -

# 短下肢装具(両側支柱)の基本構造

- ・下腿の長軸に沿って内外の両側に金属の支柱を持ち、両支柱を結ぶ一つ以上の半月をもつも の
- ・両側の金属支柱により強い制動力が得られる
- ・ストラップやパッドによる内・外反変形の矯正がしやすい

# 【処方】該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立ち合いのもとで行ってください。

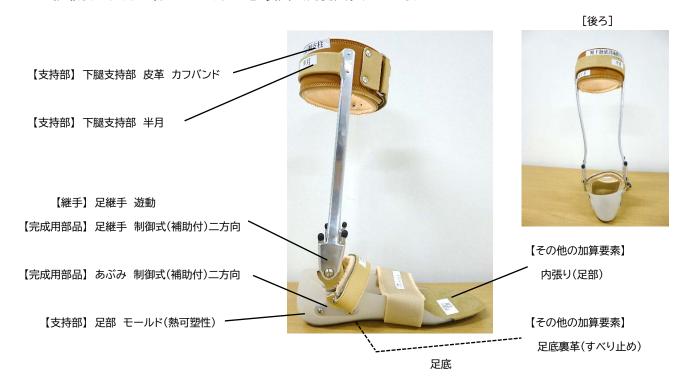
「足継手」 固定継手は、継手のない支柱を用いる時のみ該当します。

継手を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「完成用部品」必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 靴型付きの短下肢装具の場合や、補高をする場合等には記載願います。

#### ※記載例の処方内容でできる短下肢装具(両側支柱)の一例



### 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 短下肢装具 (硬性支柱付き)

様式第3号の3

# 補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

氏		名	福島 庁太郎 男女	生年月日	S△年□月□日生	●歳				
住		所	●●郡●●町□字△ ○番	地						
障がい名			右下肢麻痺			**************************************				
原因となった			脳梗塞		交通・労災・その他の事故・単	は傷・戦災				
疾	病 ・ 夕	ト 傷 名	疾病·外傷発生年月日 H□	₣ □月 □日 (	疾病・先天性・その他(	)				
	運動	障がい	1 なし 2 池緩性麻痺 3 室性		5 不随意運動 6 しんせ	· A				
			7 運動失調 8 その他( ) 1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし							
	자 見	障がい	1 知見脱失めり 2 知見拠杯めり 3 知見適暇めり 4 なし 【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】							
			I MANY 1301 IV MANY SELVINGS	1040 / 0001						
障	下	股関節	可動域制限なし 筋力半減							
が	肢				D状況」は、身体状況を総 なずるため、補装具の種類に	)				
		膝関節	可動域制限なし	関わらず、	\$9 るため、桶装具の種類に 全ての項目について記載して	<b>c</b> <				
٧١			1		ない項目には「問題なし」「ご	正				
ľ	機			常」などと	記載をお願いします。					
の		足関節 足 部	下垂足 筋力全廃							
0)	) 上 司									
状	能	歩行の 状 態	步行不能							
			【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記	入すること】						
況		支機能 機能	右上肢 筋力全廃 左上肢 筋力半減 体幹 ふらつきあり							
				***************************************						
	脚	長 差	1)'sl 2 bb) → cm							
必	☑短	下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C F 硬性 1 支柱付き 2 支柱な		線支柱 E 板ばね ] PTB免荷付き					
要	□長	下肢装	A 両側支柱 B 片側支柱 C							
٤	□膝	必要と			 吹性					
す	□股	○で囲	んでください。 							
る	口足	底 装 具	A アーチサポート B メタタルザ/	レサポート C 補	i高 D 内側楔及び外側楔					
	□靴	型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッス	7靴 D 短靴	□ 整形靴 □ 特殊靴					
補	□歩	行 器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛	なし) C 三輪型	D 二輪型 E 固定型 F	交互型				
装		1.3 1717		使用することによっ 体的に記載してく	って得られる使用効果の ださい。					
具		借受け	期間: か月 所見[	TI Z JI Z	,	)				
使	用効り	果 見 込	起立、立位、移乗が可能になる	s /						

裏面へ続く

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

#### 障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

#### 「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例:筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

### 【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。 なお、処方の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が半月と皮革等(カフバンド)のものは両側支柱、半月とモールドのものは硬性(支柱付き)に分類されます。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

	処		方		使	用		材	料	•	型	式	等	
友	処 方 部 位			A右	В	左	С	両側						
ŧ	采型・採 寸			(A)採型	В	採寸								
	股 継 手			A 固定	В	遊動								
継	膝 継 手			A 固定	В	遊動	С	プラスチ	シック継手	E.				
	足継手			A 固定	(B	遊動	С	プラスヲ	 - ック継ョ	 E				
手	※ 固定継手は	、継手のない	支柱を使	L E用する場合										
	※ 遊動継手は	、継手のある	支柱を使											
	仙腸支持部											B 軟f	生	
支	大腿支持部									2 大腿コ/		, <del>LL</del> +++:-	4-	
			C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式         A)半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット											
持	下腿支持部			$\searrow$			-		$\overline{}$	塑性樹脂	V E 91.			
	1 1200 01 0 11									<sup>坐圧倒加</sup> 特式、KE	M支持:	式		
部	足 部			(A) bision	み	B 足剖	β →	1 皮革	等 大(足	部覆い)	小(足底村	扳)		
												C 標準		
												%— C	膝当て	
20	の他の加算要素									「ストラッフ I ダイヤ				
~ U	/他リ加昇安糸											(すべり止	め用)	
						$\sim$						と懸垂用部		
	股継 手					$\sim$				$\overline{}$		B 遊		
完				A 遊動	式 →	1 普通	型 2	オフセッ	· В г	コック式 -	→ 1 輪止:	式 2 ストッ	 パー付輪」	止式
	膝 継 手			C スイス	ヘロック	ウ式 I	) 植	封き式	E No	ライラテラ	ル F	ダイヤル	ロック	
成				G 多軸	膝 →	1 遊動	式	2 固定:	弋					
	足継手						<u> </u>				<u> </u>		C 遊!	動式
用	あぶみ									_	_	(補助付)	$\rightarrow (-1)$	身向
<b>₩</b>										句 C			VI-+ PPI	
部	その他			A めか。 E 足板					N C	標準靴	D 装	具用制御	装直	
묘		部品名			1.	) –/		.) ~				벬	間	か月
пп	□ 借受け	理由										79	111-1	73 71
	製作方法	-Z.H		A 圧着	rt.	B グッ	ドイン	ヤー式	C 70	ケイ式				
靴	補 高	高さ	cm	A 敷き										
,		INC	СШ						カットオフ・ト	′-/\ D ·	キール・トー	·ル E サッ	チ・トール	
型	ヒールの補正									アー・ヒール			<i>)</i>	
装				A 内側	ソールヴ	フェッシ゛ I	 B 外	側ソール「	ウェッシ゛ C	こテンバー	-•\\	) //h-•=	— 半月バー	
	足底の補正			Е УЯЯЛ	サ゛ル・	バー F	ハウ	ザー・バー	G 1297	カー・バー	H 蝶型	踏み返し		
具	付属品等			—							フス補強	D 鉛板	の挿入	
				E 足背	•	F 7	ジッ	クバンド	(裏付き)		—	<b>}体障害者</b>	<b></b>	$\mathcal{H}$
	上	記のとお											指定医師	
		令	*和〇年	〇月〇日	, BH	k7		ᄀᆮᅄᅳ				己名・押印 ト。	が必要で	
	身体障害者手帕	~ ~ 長交付口	)	医療機		名 地		□医院 ○町○○	'字'\	□□番地		· ' /-		
	以降の日付にな				: 科	_		J町 O C 肜外科	· <del>+</del> Δ	山山留地				
	か確認してくだ			作成医		• •		12914 <del>14</del> A OC	)			印	)	
			/	/- 🗡				_				<u></u>	<u>′                                    </u>	

(R2.6)

## 短下肢装具 硬性(支柱付き)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等) のうち、金属の支柱と半月によって補強されたもの
- ・支柱があるため硬性(支柱なし)より強度があり、両側支柱付きより軽量

#### 【処方】該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 固定継手は、継手のない支柱を用いる時のみ該当します。

継手(完成用部品)を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「完成用部品」必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 靴型付きの短下肢装具の場合や、補高をする場合等には記載願います。

#### ※記載例の処方内容でできる硬性(支柱付き)の短下肢装具(一例)



### 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 短下肢装具 (硬性支柱なし・シューホン型)

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

氏		名	双葉 敬子	男女	生年月日	昭和	つ年	△月	口日生	●歳
住	住 所		○○市●●町○丁目△							
障	が	い名	左下肢麻痺							
原[	原因となった		脳出血 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災							
		ト 傷 名	疾病•外傷発生年月日	疾病・外傷発生年月日 <b>平成●年○月○日</b> 疾病 先天性 ・その他( )						
***************************************	運動	障がい								
	<b>左</b> n 肖	障がい	7 運動失調 8 その他( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )							
	ᄱᄱ	' lat // .	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】							200000000000000000000000000000000000000
	下			***************************************	***************************************					***************************************
障	'	股関節	問題無し							
					「陪力	いの状況	Q 11+	1/木/十二	こた松	
が	肢				合的に	確認する	らため、 れ	補装具(	の種類に	- /
	膝関節		問題無し関わらず、全ての項目について記載したさい。							
٧١	, at		障がいがない項目には「問題な 常」などと記載をお願いします。					Ł		
	機	足関節	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							
Ø	足部		尖足、内反変形あり 							
	能					***************************************				
状		歩行の 状 態	装具を使用すれば可能							
		<u> </u>	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】							
況										
		支機能 機能	左上肢機能は可動性、筋力低下著明にあり、運動困難。 右上肢機能は異常なし。							
			4 工放機能は共用なし。 体幹機能、前屈、回旋、可動域低下あり。							
***************************************	脚	長 差	① なし 2 あり → A 両側支柱 B 片側支	cm	2刑去壯 1	つく紹納さ	- <del>1</del> 1	, #2/±	h	
必	☑短	下肢装具							404	
要	口長	下肢装	A 両側支柱 B 片側支						尤	
と	□膝		≤する補装具の種類にチェッ 狙んでください。	クを入れ、	その分類を	軟性				
す	□股	装 具	A 阿側文仕 B 便性	C 軟性						
る	□足	底 装 具	A アーチサポート B >	パタタルザル	/サポート	C 補高	Dβ	]側楔及	び外側楔	
補	□靴	型装具	A 長靴 B 半長靴 (		靴 D 短	靴 🗆	整形靴		特殊靴	
装	□歩	行 器		A 六輪型 B 四輪型(腰掛 補装具を使用することによって得られる使用効果の 見込みを具体的に記載してください。				<del>!</del> の		
具		借受け	期間: か月 所見〔							
使月	用効り	果 見 込	装具を使用することで	が歩行が	安定する	<b>V</b>				

裏面へ続く

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

#### 障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

#### 「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例:筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

#### 【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。 なお、処方の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

	処	方	使 用 材 料 · 型 式	等
5	処 方 部 位		A 右 B左 C 両側	
ŧ	採型・採寸		A 採型 B 採寸	
	股 継 手		A 固定 B 遊動	
継	膝 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
手	足継手		A 固定 B 遊動 Cプラスチック継手	
1			更用する場合にのみ用いることができる。 吏用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。	
H	仙腸支持部	、他丁ツルスルこと	$A$ モールド(熱可塑性樹脂) $\rightarrow 1$ 支柱付き 2 支柱なし $B$	 軟性
支			A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット	
	大腿支持部		C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持	寺式
持	وروان والما والمار والم		A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット	
	下腿支持部		<ul><li>C モールド → 1 熱硬化性樹脂 (2)熱可塑性樹脂</li><li>□ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式</li></ul>	
部			A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)	
	足部		B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標	準靴
			A 膝サポーター (軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー	
7.1	ことの知答画書		D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ	ŕ
そり	の他の加算要素		G スタビライザー H ターンバックル I ダイヤルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 ( ) 足底裏革(すべり	いにみ用)
			M 高さ調整 (V) 内張り(大腿部・下腿部・足部) ○ 義足懸垂)	
	股継手		A ロック式→1輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B	
完			A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ス	トッパー付輪止式
	膝 継 手		C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイヤ	ルロック
成			G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式	
	足継手		A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 — 方向 2 二方	
用	あぶみ		A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ	付) → 1 一万同
部			A あぶみゴム       B ターンバックル       C 標準靴       D 装具用制	  御装置
	その他		E 足板 F デニスブラウン	111 300
品	□借受け	部品名		期間が月
	口信文の	理由		'
	製作方法		A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
靴	補高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
型	ヒールの補正		A トルクヒール B ウェッシ・・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E	
	C / V V / IM 11.		F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレアー・ヒール I 階段状ヒール	
装	足底の補正		A 内側ソールウェッシ゛B 外側ソールウェッシ゛C デンハー・ハー D メイト・ E メタタルサ・ル・ハー F ハウサー・ハー G ロッカー・ハー H 蝶型踏み返	
具			A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛	
	付属品等		E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
	上	記のとおり意見	見します。	害者福祉法
		令和○年□	□月×日 第15条	の指定医師
(		#F + 4.D		押印が必要
1 1	身体障害者手帕	帳父付日 I	所 在 地 ●●市△町□-□ 【 <sup>€ 9</sup> °	J.

FI

以降の日付になっている か確認してください。

診 療 科 名 作成医師氏名

整形外科 00 00

#### 短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等) のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単である

#### 【処方】該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立ち合いのもとで行ってください。

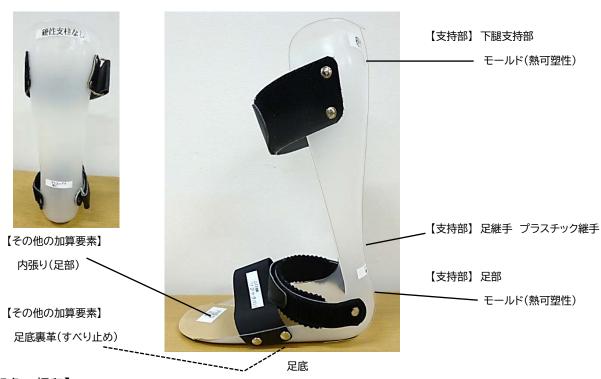
「**足継手」** フレキシブルアンクルである場合、「プラスチック継手」に該当しますが、足関 節が固定されている場合、足継手は計上できません。

「完成用部品」必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には記載願います。

#### ※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし シューホン型)の一例

[後ろ]



#### 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 短下肢装具 (硬性支柱なし・継手付きシューホン型)

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

氏		名	富岡 裕一 男 女 生年月日 昭和 〇年 △月 □日生	●歳						
住		所	○○市●●町◎丁目□□							
障	が	い 名	右上肢機能全廃 右下肢機能全廃							
原因となった			脳出血 交通・労災・その他の事故・戦	傷・戦災						
疾,	<b>声・</b> 夕	ト 傷 名	疾病・外傷発生年月日 平成〇年〇月〇日 疾病・先天性・その他(	)						
***************************************	運動	〕障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん	<i>ъ</i>						
	hn 兴	障がい	7 運動失調 8 その他( )							
	재 見	' b卣 '//, A ',	1 知覚脱失あり       2 知覚鈍麻あり       3 知覚過敏あり       4 なし         【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】							
	下									
障	'	股関節	問題なし							
が	肢		「障がいの状況」は、身体状況を総 合的に確認するため、補装具の種類に							
	膝関節		右膝周囲筋随意運動困難 関わらず、全ての項目について記載し ださい。	バく						
٧١			障がいがない項目には「問題なし」 常」などと記載をお願いします。	圧						
	機 足関節									
の		足部	古足関節無反 尖足変形 随意運動困難 							
	能									
状		歩行の 状 態	T字杖と短下肢装具を使用すれば10m程度の自立歩行可能							
			【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】							
況										
	8	支機能 徐機能	右上肢は随意運動困難 体幹筋力低下あり							
	脚	長 差	(1)なし 2 あり → cm							
必	☑短	下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 → 1 支柱付き ② 支柱なし G 軟性 □ PTB免荷付き							
要	□長	下肢基里	A 面側支柱 B 片側支柱 C 硬性 □ 畳般付 □ 坐骨支持式							
と	□膝	그는	要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を で囲んでください。	***************************************						
す	□股	装具	A 阿側文柱 B 硬性 C 軟性							
る	□ 足	底装具	A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔							
補	□靴	型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴							
装	□歩	行 器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき <u>腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 7</u> 補装具を使用することによって得られる使用効							
具		# 50 ) 1	見込みを具体的に記載してください。							
	LL		期間: か月 所見〔	J						
使月	用 効 身	果 見 込	装具を使用することで立位、歩行が可能となる。							

裏面へ続く

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

#### 障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「**運動障がい」・「知覚障がい」** 該当する項目を○で囲んでください。

#### 「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例:筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

### 【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。 なお、処方の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

	処	方	使 用 材 料 · 型 式 等									
夕	心 方 部 位		A a B 左 C 両側									
ŧ	采型・採寸		A 採型 B 採寸									
	股 継 手		A 固定 B 遊動									
継	膝 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手									
手	足 継 手		A 固定 B 遊動 <b>(</b> プラスチック継手×2									
于			更用する場合にのみ用いることができる。 E用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。									
	仙腸支持部	、雅子のの文生をじ	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性									
支			A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット									
	大腿支持部		C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式									
持	T IND -L- L-tt-r		A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット									
<b>-</b>	下腿支持部		C モールド → 1 熱硬化性樹脂 を 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式									
部	足 部		A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)									
			B→ 2 モールド(熱硬化性樹脂) (3)モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴 A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て									
			A 旅り ハーラー (軟性又性的さ・軟性又性がし) B ヤヤリハー C 旅 コ C D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ									
そ0.	の他の加算要素		G スタビライザー H ターンバックル I ダイヤルロック									
			J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 I 上底裏革(すべり止め用)									
			M 高さ調整 内張り (大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品									
	股継 手		A ロック式→1輪止式 2ストッパー付輪止式 3レバーロック式 B 遊動式									
完	膝 継 手		A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイヤルロック									
成	73米 小丘 1		G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式									
,,,-	足継手		A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式									
用	あぶみ		A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向									
417	u) •3 •/		2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ									
部	その他		A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン									
品		部品名	期間 か月									
	□ 借受け	理由	7774   1175									
	製作方法	I	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式									
靴	補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高									
型	ヒールの補正		A トルクヒール B ウェッシ・・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール									
	2 / 1/ 11/11/12		F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレアー・ヒール I 階段状ヒール									
装	足底の補正		A 内側ソールウェッシ゛B 外側ソールウェッシ゛C デンハー・ハー D メイトー・半月ハー E メタタルサブル・ハー F ハウサー・ハー G ロッカー・ハー H 蝶型踏み返し									
具	/		A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入									
	付属品等		E 足背バンド F マジックバンド(裏付き) <b>身体障害者福祉法</b>									
	Ŀ	記のとおり意り	します。 第15条の指定医師の									
		~	)年◎月◎日 記名·押印が必要で す。									
	身体障害者手帕		<ul><li>医療機関名</li><li>●●病院</li><li>所在地</li><li>●●市△町□-□</li></ul>									
	以降の日付にな か確認してくだ		<ul><li>財 住 地</li><li></li></ul>									
	μΕμ/IO C C //C		作成医師氏名 00 00									
		_	<u> </u>									

(R2.6)

## 短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等) のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単
- ・そのうち、**継手付きシューホン型**は、短下肢装具を下腿部と足部とに分割し、その間に足関節を付け、背屈フリー、底屈ストップの機能を持たせたもの

# 【処方】該当する項目に○を付けてください。

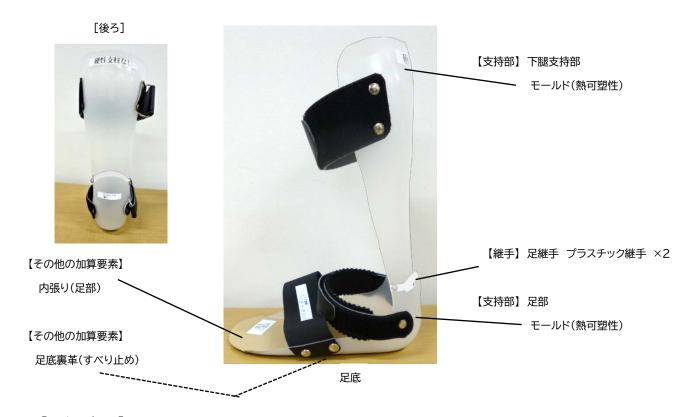
なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立ち合いのもとで行ってください。

「**足継手**」 継手付きシューホン型は、プラスチック継手2つという扱いになります。 (完成用部品を用いる場合には遊動継手に該当します。)

「完成用部品」必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正をする場合には記載願います。

#### ※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし 継手付きシューホン型)の一例



#### 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 短下肢装具 (硬性支柱なし・タマラック継手型)

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

世 所 OOホ●●町△丁目◎  応 が い 名  左上肢機能全集 左下肢機能全集  変速・分臭・その他の事故・吸癌・製臭  変滅・外 傷 名  疾病・外 傷 名  病 し 知 (金) 自動運動不可  「	氏		名	<b>浪江 新一 男</b> 女 生年月日 <b>昭和 ○年 △月 □日生</b> ● 扇	莡							
原 因 と な っ た 疾病・外傷 名 疾病・外傷発生年月 甲成●年 △月 △日 ・	住		所	○○市●●町△丁目◎								
原	障	が	い 名	左上肢機能全廃 左下肢機能全廃								
疾病・外傷・名	原(	カ と か	さった	<b>脳梗塞</b> 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	ξ							
運動				疾病・外傷発生年月日 平成●年 △月 △日 疾病 先天性・その他(	)							
7 運動失調 8 その他() 知覚院がい 1 知覚脱失かり 2 知覚絶除かり 3 知覚過敏かり 4 なし [関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること]  下 股関節 可動域他動で伸展 - 40° 屈曲90° 自動運動不可  版 膝関節 可動域他動で伸展 - 20° 屈曲120° 自動運動不可  「	***************************************	運動	1 障 がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん								
下   限開節   可動域他動で伸展 - 40°   屈曲90°   自動運動不可   下   限開節   可動域他動で伸展 - 20°   屈曲120°   自動運動不可   下   下   下   下   下   下   下   下   下												
下   下   下   下   下   下   下   下   下   下		知 見	〕┢ 까 レ ,									
放展的   1 動域性動で伸展 - 40   風曲 30   自動運動不可   「障がいの状況」は、身体状況 を総合的に確認するため、補装 具体	7 <del>.12.</del>	下										
版   版   版   版   版   版   版   版   版   版			股関節	可動域他動で伸展-40° 屈曲90° 自動運動不可								
では、		肢	膝関節	を総合的に確認するため、補装 具の種類に関わらず、全ての項 可動域他動で伸展-20° 屈曲120° 自動運動不可 目について記載してください。 障がいがない項目には「問題								
#	の	機		願いします。	J							
上 肢 機 能	状	歩行の		步行不能								
体 幹 機 能 左上肢は自動運動不可 体幹は車椅子上での保持は可能だが、立位では不可 脚 長 差 ① なし 2 あり → cm A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね ② 硬性 → 1 支柱付き ② 支柱なし G 軟性 □ PTB免荷付き 要 □ 長下肢装具 A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 □ 骨盤付 □ 坐骨支持式 □ 膝 挈 必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を ○ で囲んでください。 □ 股 装 ス A 四四スロ D 咳圧 □ 軟圧 □ 足 底 装 具 A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔 □ 靴 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴 補 装具を使用することによって得られる使用効果の 見込みを具体的に記載してください。 □ 借 受 け 期間: か月 所見 [ ]	況			【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】								
必       ☑ 短下肢装具       A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね         要       □ 長下肢装具 A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 □ 骨盤付 □ 坐骨支持式         と □ 膝 望 必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を ○で囲んでください。       軟性         □ 股 装 ス A 四四×1 D BXI C サムロー       ロ股 装 ス A 四四×1 D BXI C サムロー         る 同地 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴         オ 大輪型 B 四輪型(服装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。         具 □ 借 受 け 期間: か月 所見[		1										
② 短下肢装具		脚	長 差	① なし 2 あり → cm								
要       □長下肢装具 A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 □ 骨盤付 □ 坐骨支持式         と □膝 事 必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を ○で囲んでください。       軟性         す □股 装 ス A 阿肉ズエ P 塚圧 C 野圧 C 野圧 C 野工 ロ 股 装 ス A 阿肉ズエ P 塚圧 C 野工 ロ 財 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴         a □ 靴 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴         本 方 器 D 内側楔及び外側楔 □ 数 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴         基	必	☑短	下肢装具	_	30000000							
□   B   ②   ○で囲んでください。	要	口長	下肢装具									
す □ 股 装 ス A M M M X	と	□膝	<b>2</b> 0 _									
○ 靴 型 装 具 A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴         ★ 行 器 A 六輪型 B 四輪型( M	す	□股	71-1									
補       A 六輪型 B 四輪型(照 補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。         具       口 借 受 け 期間: か月 所見[	る	□足	底 装 具	A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔								
装       □       歩       行       器       見込みを具体的に記載してください。         具       □       借       受       け       期間:       か月       所見〔	補	□靴	型装具									
具 □ 借受け期間: か月所見〔	装	□歩	行 器		******							
	具		借受け	17	******							
	使丿			/	*****							

裏面へ続く

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

#### 障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「**運動障がい」・「知覚障がい」** 該当する項目を○で囲んでください。

#### 「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例:筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

### 【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。 なお、処方の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

_										
	処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等							
2	処 方 部 位		A 右 🚯 左 C 両側							
1	采型・採寸		A 採型 B 採寸							
	股 継 手		A 固定 B 遊動							
継	膝 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手							
_	足 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手							
手			<b></b> 上用する場合にのみ用いることができる。							
		、継手のある支柱を使 「	E用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。							
١.	仙腸支持部		A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性							
支	大腿支持部		A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式							
144			A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット							
持	下腿支持部		<ul><li>○ モールド → 1 熱硬化性樹脂</li><li>② 熱可塑性樹脂</li></ul>							
÷17			□ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式							
部	足部		A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)							
	/C #P		B→2モールド(熱硬化性樹脂) ③モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴							
			A 膝サポーター (軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て							
20	の他の加算要素		D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイヤルロック							
	川匹ツ加丹女糸		J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用)							
			M 高さ調整 (大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品							
	股継 手		A ロック式→1輪止式 2ストッパー付輪止式 3レバーロック式 B 遊動式							
完			A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式							
	膝 継 手		C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイヤルロック							
成			G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式							
	足継手		A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 — 方向 2 二方向 C 遊動式							
用	あぶみ		A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向							
立口			2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ							
部	その他		A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置         E 足板 F デニスブラウン							
品		部品名	期間が月							
ППП	□ 借受け	理由	29JIHJ W 71							
	製作方法	<u> </u>	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式							
靴	補高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高							
	11111	局さ cm	A トルクヒール B ウェッシ・・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール							
型	ヒールの補正		F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレアー・ヒール I 階段状ヒール							
装			A 内側ソールウェッシ B 外側ソールウェッシ C デンハー・ハー D メイトー・半月ハー							
11	足底の補正		E メタタルサブル・バー F ハウサブー・バー G ロッカー・バー H 蝶型踏み返し							
具	付属品等		A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入							
	门俩吅守		E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)							
	上	記のとおり意見	します。 <b>身体障害者福祉法</b>							
		令和〇年〇月	〇日 第15条の指定医師の							
_			医 泰 娥 朋 夕   ▲●床院							

身体障害者手帳交付日 以降の日付になっている か確認してください。

●●病院 医療機関名 所 在 地 ●●市△町□−□ 診 療 科 名 整形外科 作成医師氏名 00 00

記名・押印が必要で す。

印

(R2.6)

## 短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等) のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単
- ・そのうち、<u>タマラック継手型は、完成用部品の足継手及び装具用制御装置が使用される。</u>製作要素の足継手は「遊動式」に該当する
- ・ウレタン製のジョイントには中心部に補強材が使用され、耐久性にも優れる

#### 【処方】該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 完成用部品を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「その他の加算要素」 完成用部品の装具用制御装置を用いる場合、それに対する伸展屈曲補助 装置の加算はできません。

「完成用部品」必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には記載願います。

#### ※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし・タマラック継手型)の一例



#### 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 車椅子 (普通型オーダーメイド)

#### 様式第3号の7-1

# 補装具費支給要否意見書(車椅子)

J	モ	名	<b>郡山 児何 男</b> 女 生年月日 平成 ○年 ○月 ○日生 □歳	
1	主	所	○○市○○町□□ ○-○	
F	章	が い名	両下肢の機能障害	
Д	京 [	因となった	<b>脳性麻痺</b>	
		ち・外傷名	疾病・外傷発生年月日 出生時 疾病 先天性・その他( )	
	ĭ	重動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他( )	
	9	印覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 💽 なし	
			【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】	
がが	_	下肢機能	下肢の痙性麻痺で下肢筋力は概ね半減し、大腿四頭筋を中心に筋萎縮を 認める。 立ち上がり時に膝折れが著明である。	
いの	į	歩行の状態	痙性麻痺で、歩行は屋内で20~30m程度である。 しばしば膝折れがあって転倒するので、監視と介助が必要な状況であ る。	
V)	P	堃 位	① 自力にて可(30時間・分)2 背部支持があると可(時間・分)3 不可	
	2	立 位 保 持	1 自力にて可 ( 時間・分) ② 支持があると可 (10 時間 分) 3 不可	
状	2	立ち上がる	1 自力にて可 ②介助があると可 3 不可	
況	-	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を配入すること】  ROM、MMTとも正常レベル。変形なし。  巧緻動作の制限があるのみ。  上肢機能については、ハンドリム操作が出来るかどうかを確認するために必ず記入して下さい。	
	衤	唇瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし	
	F	臀部の状態	①異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり	
操作能	I	車椅子の操作	<ul><li>① 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可</li><li>※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }</li></ul>	
力		車椅子への移乗	① 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助	
等	5	印的能力等	1 正常 2 知能低下等あり (軽度 ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }	
		☑ 普 通 型		
	型	□ 手動リフト式	※ リフト式の使用で車椅 ・ 乗降が自力で可能となる者	
		□ 前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低 普通型の場合は、車椅子の操作は「自力で 可」が原則です。	
必			※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があ また、知的能力の低下があり、安全走行に	
要と		□ レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	
する		□手押し型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小	
の車椅子		□ リクライニング式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため	
	仕	□ ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者 であって、自立姿勢変換が困難な者等	
	様	☑ オーダーメイド	□ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため ☑ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため	
		□ レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者	
使	用	効 果 見 込	自走の機会が増えれば、屋内への閉じこもり状態が改善する見込みである。	

裏面へ続く

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能 障がい

#### 障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが、耐久性に欠ける状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

#### 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」 部位毎の関節可動域、筋力、変形の状態を詳しく記入して下さい。

「歩行の状態」 自力歩行が可能か、装具・杖等を使えば歩行出来るか、介助を受ければ少し は歩けるか、立位のみ可能か、歩行不能か等、具体的にイメージ出来るように記入して下さい。

「**座位」**[ 1 自力で可 2 背部支持があると可 3 不可]のいずれかに $\bigcirc$ をつけ、 $\bigcirc$ 1、2については、座位可能時間を記入して下さい。

「立位保持」 [1 自力で可 2 支持があると可 3 不可 ]のいずれかに $\bigcirc$ をつけ、1、2については、立位保持可能時間を記入して下さい。

「**立ち上がる」**[1 自力で可 2 介助があると可 3 不可]のいずれかに○をつけて下さい。

「**上肢機能**」 関節可動域、筋力、変形の状態を記入して下さい。ハンドリム操作の可否を判定する際の参考にします。

「褥瘡の有無」 [1] あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし ] のいずれかに] をつけて下さい。

「臀部の状態」 [1] 異常なし [2] 皮膚の発赤、変色あり [3] 痩せており、骨の突出あり [3] のいずれかに[3] をつけて下さい。

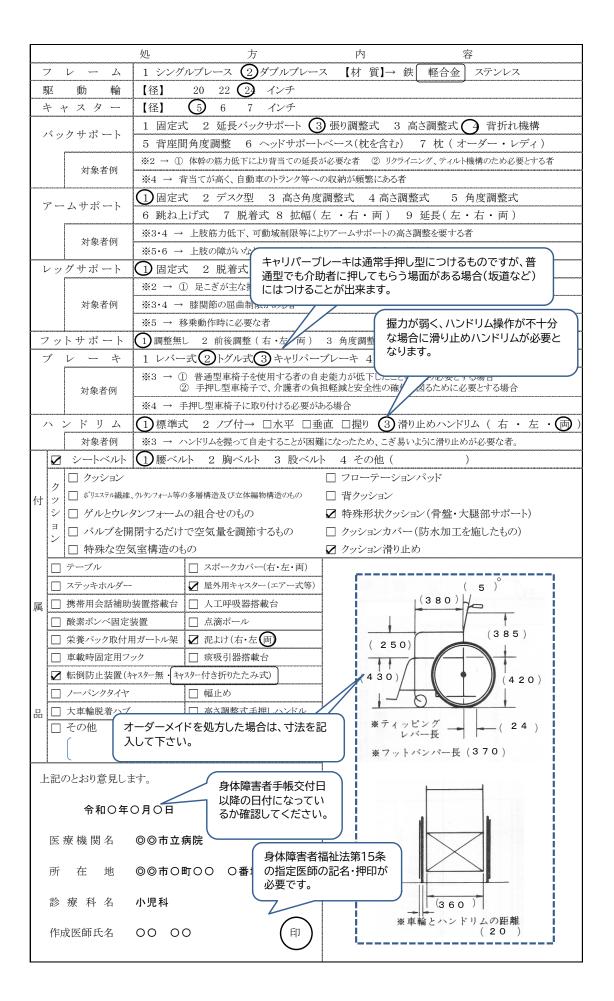
※ 「褥瘡の有無」「臀部の状態」の所見については、車椅子の仕様であるティルト機構や付属品のクッションの選択の際の参考にします。

#### 【必要とする車椅子】

該当する車椅子の型式及び仕様にチェックを入れてください。

#### 【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。



#### 【処方内容】

#### 「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

### 「駆動輪」

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

### 「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

## 「バックサポート」

- ・延長バックサポート:体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に必要となります。
- ・張り調整式:体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安 定性確保が困難な場合必要となります。
- ・高さ調整式:成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当て の高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・ 背折れ機構:自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

#### 「アームサポート」

- ・高さ調整式:成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力 低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- 角度調整式:上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合に必要となります。
- ・ 高さ角度調整式: 高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡幅:上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長: リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

# 「レッグサポート」

- ・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式:膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポート を後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式: 挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・開閉・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

#### 【裏面に続きます】

#### 「フットサポート」

・前後調整・角度調整・左右調整:成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要になる場合があります。

# 「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ (キャリパーブレーキ、フットブレーキ)、延長用ブレーキアーム の要否を処方して下さい。

・延長用ブレーキアーム:片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

#### 「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの要否を処方して下さい。

・滑り止めハンドリム:ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように 滑り止めが必要になった場合に処方されます。

# 「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト:体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合
- ・クッション (特殊な空気室構造のもの): 感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション:背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート):座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った 形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー:失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル:上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合 やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- スポークカバー:上肢機能障がい又は知的能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター:車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合
- ・幅止め:体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な者
- ・高さ調整式手押しハンドル: ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者 がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ:車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運び やすくする場合。

- ・車軸位置調整:成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。
- ※ 選択肢にない付属品は、その他に ☑を入れ、( ) 内に記入して下さい。

# 「車椅子の寸法」

( ) に数値(cm)を記入してください。

記入に当たっては、製作業者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

# 【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

# 車椅子 (リクライニング・ティルト式手押し型オーダーメイド)

様式第3号の7-1

# 補装具費支給要否意見書(車椅子)

E	F-			名	田村 京都路
	氏 石 在 所				OO#OO#III O-O
			***************************************		
<u> </u>	章 	が	γ·	名	両下肢機能全廃 両上肢機能著しい障害 
	見となっ				ハンチントン舞踏病     交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
犸	疾病・外傷名		名	疾病・外傷発生年月日 ●年 ●月 ●日 (疾病) 先天性・その他( )	
	涯	重動區	音 が	L)	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 (5) 不随意運動 6 しんせん
		- 39J F	<b>—</b> 73 ·		7 運動失調 8 その他( )
	知覚障がい				1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
障					【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
	下肢機能				関節可動域の制限はなし。変形なし。下肢筋力MMT3以上あると推測され
が				能	るが、不随意運動、指示理解不十分なため精査困難。車椅子上での座位保持は、床面を蹴る動作が多く見られ、後方への転倒リスクが高い。ブリッジ様に骨盤帯を前方に出す動作が多く、仙骨座りで過ごす時間が多い。
い					
	步	∻行 0	り状	態	立位で不随意運動の増強あり。後方より腋窩介助で歩行可能。最大20m程度可能。 不随意運動による歩容の不安定さあり、持続した歩行は困難
の	座	ξ		位.	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分)(3)不可
		. 位	保	 持	1 自力にて可( 時間・分) 2 支持があると可( 時間・分) (3)不可
状	<u> </u>	· : ち -	上が	る	1 自力にて可 (2) 介助があると可 3 不可
l				***************************************	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
況	上放榜				ROM制限なし。手指:スワンネック様の変形あり。上肢筋力はMMT3レベル。(精査 困難) 視界に入るものに対するリーチ動作や周囲にある物を投げるような動作が多くみられる。 車椅子の自操は指示理解困難なため不可。
-		瘡の			1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり (3)過去・現在ともなし
	臀部の状態				1 異常なし (2)皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり 1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 (3) 不可
操作	車椅子の操作車椅子への移乗			阜作	1 日がにて明 2 中がして日がにて明 3 小明
能力				多乗	1 自力にて可 (2) 一部介助にて可 3 全介助
等	知的能力等			等	1 正常 (2) 知能低下等あり ( 重度 ) → 安全走行に { 支障なし   支障あり }
	□ 普 通 型				
	□ 手動リフト式			フト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者
	型	□前フ	ケ大 車	巨輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
业	式	口片	手駆	動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者
要と		ロレハ		区動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者
す		☑ 手	押	し 型	
る車椅子		<b>☑</b> リク	ライニ	ング式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため ☑ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため
	L	☑ テ	ィル	卜式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者 であって、自立姿勢変換が困難な者等
	様	<b>ロ</b> オ-	ーダー	 -メイド	□ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため ☑ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため
		ロレラ	ディン	メイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者
使	用	効!	果身	1 込	車椅子の使用により、介護者によるケアが容易になるとともに、本人の行動範囲が 広がりQOLが向上する。 補装具を使用することによって得られる使用効果の 見込みを具体的に記載してください。

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能 障がい

#### 障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが、耐久性に欠ける状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

# 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」 部位毎の関節可動域、筋力、変形の状態を詳しく記入して下さい。

「歩行の状態」 自力歩行が可能か、装具・杖等を使えば歩行出来るか、介助を受ければ少し は歩けるか、立位のみ可能か、歩行不能か等、具体的にイメージ出来るように記入して下さい。

「**座位」**[ 1 自力で可 2 背部支持があると可 3 不可]のいずれかに $\bigcirc$ をつけ、1、2については、座位可能時間を記入して下さい。

「立位保持」 [1 自力で可 2 支持があると可 3 不可 ]のいずれかに $\bigcirc$ をつけ、1、2については、立位保持可能時間を記入して下さい。

「**立ち上がる」**[1 自力で可 2 介助があると可 3 不可]のいずれかに○をつけて下さい。

「上肢機能」 関節可動域、筋力、変形の状態を記入して下さい。ハンドリム操作の可否を判定する際の参考にします。

「褥瘡の有無」 [1] あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし]のいずれかに $\bigcirc$ をつけて下さい。

「臀部の状態」 [1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり ]のいずれかに○をつけて下さい。

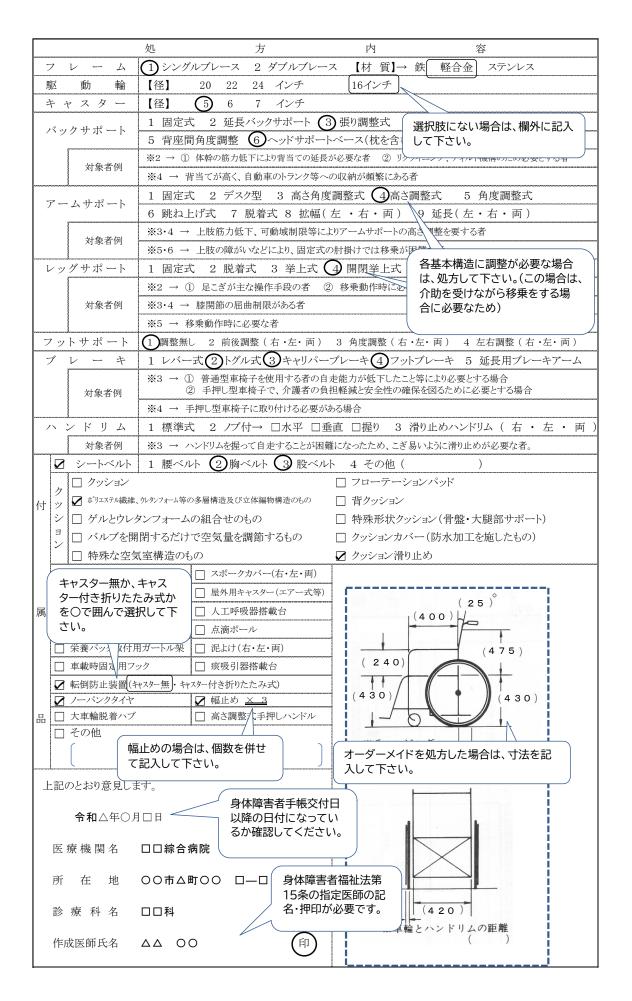
※ 「褥瘡の有無」「臀部の状態」の所見については、車椅子の仕様であるティルト機構や付属品のクッションの選択の際の参考にします。

#### 【必要とする車椅子】

該当する車椅子の型式及び仕様にチェックを入れてください。

#### 【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。



#### ※リクライニング・ティルト式手押し型の適用者について

#### 基準上の要件:

# リクライニング式:

次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。

- ア 頸髄損傷者等で座位姿勢の持続により低血圧性発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとることにより発作を防止する必要のある者。
- イ リウマチ性の障害等により四肢や体幹に著しい運動制限があって座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者。

# ティルト式:

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等。

#### 具体例:

- リクライニングの機能だけでは、上肢機能や体幹機能の障がいにより、前方にずり落ちてしまうのを避けるために、ティルト機能により座位を安定させることが出来る。
- 長時間車椅子に座位することによって、股関節等に痛みを生じ、背もたれをリクライニングさせる必要があり、さらに、臀部に長時間体重がかかることによって褥瘡や発赤等のトラブルを避けるためにティルト機能により体圧分散させることが有効となる。

#### 【処方内容】

#### 「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

#### 「駆動輪」

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

#### 「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

【裏面に続きます】

#### 「バックサポート」

- ・延長バックサポート:体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に必要となります。
- ・張り調整式:体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安 定性確保が困難な場合必要となります。
- ・高さ調整式:成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当て の高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・背折れ機構:自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

#### 「アームサポート」

- ・高さ調整式:成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力 低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整式:上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合に必要となります。
- ・ 高さ角度調整式: 高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡幅:上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長: リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

#### 「レッグサポート」

- ・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式: 膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポート を後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式: 挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に必要となります。
- ・開閉・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

## 「フットサポート」

・前後調整・角度調整・左右調整:成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要になる場合があります。

#### 「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ (キャリパーブレーキ、フットブレーキ)、延長用ブレーキアーム の要否を処方して下さい。

・延長用ブレーキアーム:片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

#### 「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの要否を処方して下さい。

・滑り止めハンドリム:ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように 滑り止めが必要になった場合に処方されます。

## 「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト:体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合。
- ・クッション (特殊な空気室構造のもの): 感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション:背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート):座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った 形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー:失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル:上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合 やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- ・スポークカバー:上肢機能障がい又は知的能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター:車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合
- ・幅止め: 体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な者
- ・高さ調整式手押しハンドル: ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ:車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運び やすくする場合。
- ・車軸位置調整:成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。
- ※ 選択肢にない付属品は、その他に ☑を入れ、( ) 内に記入して下さい。

## 「車椅子の寸法」

( ) に数値(cm)を記入してください。

記入に当たっては、製作業者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

## 【記名・押印】

## 座位保持装置 (車椅子構造フレーム)

様式第3号の6

## 補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

氏	名	相馬 克也 (男)女 生年月日 昭和○年○月○日生 ◎歳
住	所	相馬市○×町□丁目●番の○
障	が い 名	両下肢機能全廃 両上肢機能全廃
		脳性麻痺 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
疾病	• 外 傷 名	疾病・外傷発生年月日 出生時 疾病・た天性・その他( )
	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 極性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん
		7 運動失調 8 その他( )
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
		【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】
	体 幹 機 能	所打造的风点的人。可到住房上、加力房上,2 首CCC 产在体内上 配
障	TT: TI 1/00 IIC	
1+		座位保持 1 不可 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)
が		立 位 保 持 1 不可 2 支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)
		立 ち 上 が る (1) 不可 2 介助があると可 3 自力にて可
い		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
	下肢機能	
の	1 /42 /22 132	両下肢可動性、筋力ともに低下が著しく運動困難 
状	歩行の状態	□ 歩行不能
況		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
	上肢機能	 
		同二次成化9、1到11、1000日日初110000000000000000000000000000
		1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 ( ) 可
	車椅子の操作	※ 自走可の場合 → 操作方法{ 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
		車椅子への移乗 1 自力にて可 2 一部介助にて可 () 介助
	褥瘡の有無	
	臀部の状態	① 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あ 補装具を使用することによって得られる使用効果の見 込みを具体的に記載してください。
佶	用効果見込	座位保持装置により坐位が安定し、誤嚥、呑気のリスクが軽減できる。
(大)	川州木元巳	在中内可衣 直により土 中か メ たし、

裏面へ続く

## 対象となる障がい(車椅子構造フレームの場合)

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器 機能障がい

#### 障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが耐久性に欠ける状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」該当する項目を○で囲んでください。

#### 「体幹機能」

現在の体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の記入状態等を記入してください。 「座位保持」「立位保持」「立ち上がる」について、該当する状態を○で囲んでください。

#### 「下肢機能」

現在の関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入してください。

#### 「歩行の状態」

現在の歩行の状態、歩行の可否について記入してください。

## 「上肢機能」

現在の関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入してください。

## 「車椅子の操作」

車椅子の操作、車椅子への移乗について、該当する状態を○で囲んでください。

## 「褥瘡の有無」、「臀部の状態」

該当する状態を○で囲んでください。

## 【使用効果見込】

座位保持装置を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

	処	方 内 容									
	型採寸区分 び処方部位	採型     1 頭·頸部     2 上肢     3 体幹部     4 骨盤·大腿部       採寸     (1)頭·頸部     (2)上肢     (4)幹部     (1)盤·大腿部       (1)頭·頸部     (2)上肢     (4)幹部     (1)盤·大腿部									
	頭 部	1 頭部支え									
支	上   肢	1 <b>)</b> 上肢支え 2 前腕・手部支え									
持	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 (3) ート張り調節型									
部	骨盤大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型									
	下腿部	1 下腿支え 足 部 1 足台									
支の	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部									
持連 部結	遊動	1 腰部 2 膝部 3 足部 構造フレームの種類について〇 を付けてください。									
部 祐	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式 車椅子の場合は、その型式も記入									
		1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式: ティルト式手押し型 してください。									
構レ 造 フ ム	使用材料	座位保持装置の構造フレームが車椅子の場合には、 別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書 ( 座位保持装置(車椅子フレーム処方用))」を記載して いただく必要があります。 単位 保持装置(電動車椅子フレーム処方									
	付加機能	1 ティルト機構 3 昇降機構									
	カットアウトテーブル	1)標準 2 表面クッション張り									
	上肢保持部品	1 アームレスト 2 肘パッド 3 縦型グリップ 4 横型グリップ									
付	体幹保持部品	1 肩パッド 2 胸パッド 3 胸受けロール (4)体幹パッド 5 腰部パッド									
	骨盤保持部品	● 骨盤パッド 2 臀部パッド									
	下肢保持部品	① 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド									
属	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト 4 胸ベルト 5 骨盤ベルト 6 股ベルト 7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト									
	支持部カバー	(1) 頭部 (2) 上肢 (3) 体幹部 (4) 骨盤·大腿部 5 下腿部 6 足部 ☑ 脱着式(×4)									
品	内 張 り	1 アームレスト 2 テーブル									
	体圧分散補助素材	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤·大腿部 5 下腿部 6 足部									
	キャスター	1 標準 2 多機能キャスター									
••••••	その他	1 介助用グリップ 2 ストッハー 3 高さ調整用台座   その数を記載してくださ									
	高さ調節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部 い。									
調	前後調節	1 頭部支持部 2 骨盤·大腿支持部 3 足部支持部									
整 機	角度調節	1 頭部支持部 2 テーブル									
構	脱着機構	1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームレスト 5 内転防止パッド									
	開閉機構	1 アームレスト 2 足部支持部									
完	<u>部 品 名</u>	5 U Prop * 7 E + 1 D									
成 用	-tn [] [	身体障害者手帳交付日   以降の日付になってい   ####   ###   ###   ###   ####   ###   ###   ####   ####   ###   #####   #####   #####   #####   #####   #####   #####   ######									
部 品	□ 借受け 理由	あか確認してください。 期間 か月									
		おり意見します。									
	#F -> C	令和○年○月○○日 夕体障害者福祉法第15									
		医療機関名 ◆◆病院 A 条の指定医師の記名・押 A 和指定医師の記名・押 D 印が必要です。									
		所 在 地 △△町○字○○ □番地									
		診療科名 〇〇科									
		作成医師氏名 〇〇 〇〇 印									

## 【処方内容】

該当する項目を〇で囲んでください。なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作業者立 ち合いのもとで行ってください。

## 「採型採寸区分及び処方部位」

該当する区分及び処方部位を全て○で囲んでください。

「支持部」該当する項目をそれぞれ○で囲んでください。

- ・平面形状型・・・・・採寸により製作されるもので、平面を主体として構成された支持面を持ちます。
- ・モールド型・・・・・採型により製作されるもので、身体の形状に合わせた三次曲面で構成され た支持面を持ちます。
- ・シート張り調節型…支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に 対応するもの。支持部と組み合わせる構造フレームとして、「ティルト機構」 及び「車椅子としての機能」を付加することができます。

## 「構造フレーム」

車椅子の場合は、その形式も記入してください。

また、車椅子である場合には、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))」を記載していただく必要があります。

「付属品」 必要な付属品全てを○で囲んでください。

**支持部カバー** 脱着式である場合には、「脱着式」にチェックを入れ、その数も記載してください。

#### 「完成用部品」

使用する部品名を記入してください。

書ききれない場合は、別紙(任意様式)に記入してください。

#### 【記名・押印】

## 座位保持装置の構造フレームが車椅子の場合には、こちらの用紙も記載いただく必要があります。

様式第3号の6の別紙

補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用)) 氏 名 相馬 克也													
		処		方	内		容						
		□ 普 通	型										
	me.	□ 手動リフ	ト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降な	が自力で可能となる者								
	型	□ 前方大車	輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下	等があり、普通型では十分な駆動	カカを得ることができ	ない者						
21	式	□片手駆員	助型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の排	星力があり、効果的に操作可能なれ	首							
必要		□ レバー駆	動型										
と		☑手押し	型										
する車椅		☑ リクライニン	グ式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため									
子	仕	☑ ティルトョ	式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等									
	様	☑ オーダー>	イド	☑ 体格・体型がJIS規格の既製 ☑ 障がい者の身体状況に個別			場合は、欄外に記入						
		□ レディメイト	3	※ JIS規格の既製品で対応可能	む者	して下さい。							
7	7	レー	ム	1 シングルブレース 2 ダブ	ルブレース 【材 質】 🥣 🕏	乗 軽合金 ク	<b>くテンレス</b>						
馬	<u>X</u>	動	輪	【径】 20 22 24 イン	/チ (16インチ)	***************************************							
7	- +	スタ	_	【径】 5 6 7 化									
バ	ック	・サポート	-	固定式 ②延長バックサポート			Fれ機構						
			<del> </del>		ペートベース(枕を含む) 7								
		対象者例	ļ	2 → ① 体幹の筋力低下により背当*		イニング、ティルト模	<b>後構のため必要とする者</b>						
			<del> </del>	→ 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者									
ア	· — ,	ムサポート			固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 (								
			(6) 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者										
		対象者例	-	5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定									
	( N) /	<u>ーーーーー</u> ブサポート	┼	固定式 2 脱着式 ② 拳上式			***************************************						
			<del> </del>	2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者									
		対象者例	※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者										
			4	5 → 移乗動作時に必要な者									
***********		、サポート	ф	調整無し 2 前後調整(片・									
フ	ř l	/ <u>ー</u> キ	<u></u>	レバー式 (2)トグル式 (3)+-/ B → ① 普通型車椅子を使用する者	アリパーブレーキ 40トフ		長用ブレーキアーム						
200000000000000000000000000000000000000		対象者例			の負担軽減と安全性の確保を図る		場合						
1	、ン	ドリム	dament of	標準式 2 ノブ付→ □水平									
		対象者例	3	2 → 上肢の筋力低下や手指の機能									
		27 1 27 1	<u> </u>	<ul><li>3 → ハンドリムを握って自走することが</li><li>1 腰ベルト ②胸ベルト 3</li></ul>		こ消り止めか必要な	(看。						
		シートベルト	~~~~~	1 版 1/// 2/// 3	股ベルト 4 その他( □ フローテーションパ	210							
/-1.	ク		维.ウレ	タンフォーム等の多層構造及び立体編物構造		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	m_t, + 12 A						
付	ッシ			フォームの組合せのもの	_ :: .:   3	ーターメイドをタ て下さい。	処方した場合は、寸法を記入						
	3			けるだけで空気量を調節するもの	□ クッションカ/	C   C V·0	J						
	ン	□特殊な空気			☑ クッション滑り止め								
		テーブル		スポークカバー(右・左・	両)	オーダーメイト	での寸法 //						
		キャスター		E/17/1/ 1/ 1/ /	式等)	50∼80°							
属		- ター付き折 - ターで囲ん			(470)								
		さい。	0 < 2	点滴ポール		(430)							
		栄養バック取付り	7-	-トル架   L 泥よけ(右・左・両)	(230)								
		車載時固定用フ	\\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\-\	□ 痰吸引器搭載台	(4 5 0)	430)							
	☑	転倒防止装置	Fヤスタ <del>-</del>	-無 キャスター付き折りたたみ式)	1-6								
品	☑	ノーパンクタイヤ		□ 幅止め	※ティッピング レバー長	- ( )	_ (4 4 0)   ※車輪とハンドリムの距離						
		大車輪脱着ハブ	,	□ 高さ調整式手押しハント		( )	( )						
		( / <del>E</del> /	~ *		J.								

## 【処方内容】構造フレーム(車椅子)の処方はこちらに記載してください。

## 「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

#### 「駆動輪

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

#### 「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

## 「バックサポート」

- ・延長バックサポート:体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に必要となります。
- ・張り調整式:体幹の筋力低下や脊柱変形等により、一枚ものの背当てシートでは座位の安定性確保が困難な場合必要となります。
- ・高さ調整式:成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当て の高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・背折れ機構:自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

#### 「アームサポート」

- ・高さ調整式:成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力 低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整式:上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合に必要となります。
- ・ 高さ角度調整式: 高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡幅:上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長: リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

## 「レッグサポート」

- ・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式:膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポート を後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式: 挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に必要となります。
- ・開閉・脱着式:移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

#### 【裏面に続きます】

#### 「フットサポート」

・前後調整・角度調整・左右調整:成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要になる場合があります。

## 「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ (キャリパーブレーキ、フットブレーキ)、延長用ブレーキアーム の要否を処方して下さい。

・延長用ブレーキアーム:片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

## 「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの要否を処方して下さい。

・滑り止めハンドリム:ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように 滑り止めが必要になった場合に処方されます。

## 「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト:体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合。
- ・クッション (特殊な空気室構造のもの): 感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション:背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート):座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った 形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー: 失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル:上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合 やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- ・スポークカバー:上肢機能障がい又は能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター:車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合。
- ・幅止め:体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な場合。
- ・高さ調整式手押しハンドル: ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者 がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ:車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運び やすくする場合。
- ・車軸位置調整:成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。

※ 選択肢にない付属品は、その他に☑を入れ、( )内に記入して下さい。

## 「車椅子の寸法」

( ) に数値 (cm) を記入してください。

記入に当たっては、製作業者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

## 【記名・押印】

# 補聴器 (片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏	名	<b>二本松 菊次郎</b>							
住	所	〇〇町〇〇字〇〇 〇番地〇							
障	が い 名	両側混合性難聴							
原 因 と な っ た 疾 病 ・ 外 傷 名		加齢       交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災         疾病・外傷発生年月日       △年       △月       △日             疾病・外傷発生年月日       △年       △月       △日							
	聴力	右 98.75dB 左 60.00dB 会話音域の平均聴力レベル:4分法							
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴							
聴	鼓膜の状況	聴力は4分法で算出してください。							
覚		【オージオメーターの型式】 → リオンAA79-S この聴力検査の結果から 聴力を算出すると、							
障		125 250 500 1000 2000 4000 8000 -10							
が	聴 力 検 査 の 結 果	を							
<b>の</b>		B     70     記入の仕方       80     気導:右耳○ 左耳×       90     行導:右耳□ 左耳□       100     100							
状		110 120 125 250 500 1000 2000 周波数(Hz) 語音明瞭度で手帳を取得している場合は 必ず記載してください。							
<i>(</i> )L	語音明瞭度	右 5 % 左 40 % 補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。							
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】							
音声・言語機能 障がいの状況		問題なし							

## 対象となる障がい

聴覚障がい者

#### 障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

## 【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

## 聴力の計算方法

4分法: (500Hz の聴力+(1000Hz の聴力×2)+2000Hz の聴力)/4

- ※スケールアウトの場合は「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「<u>以上</u>」と表示してください。(例)  $500\sim2000$ Hz すべて 110dB でスケールアウト→聴力 115dB <u>以上</u>
- ※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「**聴力検査の結果」** 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 [ 」、 左耳を「 ] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

## 【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

		□右耳 ☑左耳 □両耳									
必	装用耳	次の場合は、理由を記入する ①両耳装用を処方する 装用耳を選択してください。 基本は聴力の良い方の耳となります。									
要		1 ポケット型 2 耳かけ型 ☑ 高度難聴用 2 1 ポケット型 2 1 1 2 2 1 2 2 1 2 2 2 3 2 3 2 3 2 3 2									
ح	***************************************	3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド) ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象									
	-	□ 重度難聴用 1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型									
す		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象									
る	種類	□ 骨 導 式 1 ポケット型 2 眼鏡型									
2	性 翔	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は イヤモールドの使用が困難な者									
補		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能									
聴器		□ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 □ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 □ 例示 □ ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 □ オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者									
<b>台</b>	付属品										
使用	用効果見込	装用により普通話声での日常会話が可能になる									
	上記のとおり意見します。										
	身体障害者: 付日以降のI なっているだ してください	日付に 所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇 小確認									

(H28.06)

## 【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

「種類」 ・高度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

重度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね90dB以上の者が対象です

・ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択してください。

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

## 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例)日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

## 【記名・押印】

## 補聴器 (両耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏	名	大玉 五郎
住	所	〇〇市〇〇町□□ 〇-〇 〇〇アパート 〇号
障	がい名	聴覚障害
原 原 派	因となった 病・外傷名	先天性難聴       交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災         疾病・外傷発生年月日       年 月 日
	聴力	右 103.75dB以上 左 103.75dB以上 会話音域の平均聴力レベル:4分法
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴 聴力は4分法で算出 してください。 スケールアウトしてい
Tr-I-	鼓膜の状況	る場合、「有効な値+ 5」を用いて算出し、結 果に「以上」と表示して ください。
聴		穿孔なし
覚障がいの状	聴力検査の結果	【オージオメーターの型式】 → AA-H1 この聴力検査の結果から 聴力を計算すると、 右耳: [90+(105×2)+115]÷ 4=103.75dB以上 左耳: [90+(105×2)+115]÷ 4=103.75dB以上 クリンペル 50
況	語音明瞭度	右 % 左 % 補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】
	声・言語機能 がいの状況	自分の声が全く聴こえない為、構音・発話が困難。 相手の口形や、音声を手掛かりに理解できる場合もあるが、言語は手話言語を 必要としている。

## 対象となる障がい

聴覚障がい者

#### 障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

## 【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

## 聴力の計算方法

4分法: (500Hz の聴力+(1000Hz の聴力×2)+2000Hz の聴力)/4

- ※スケールアウトの場合は「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「<u>以上</u>」と表示してください。(例)  $500\sim2000$ Hz すべて 110dB でスケールアウト $\rightarrow$ 聴力 115dB <u>以上</u>
- ※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「聴力検査の結果」 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 [ 」、 左耳を「 ] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。 「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

## 【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

		□右耳 □左耳 ☑ 両耳								
必	装用耳	次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合								
要		先天性難聴であり、幼少期から両耳装用していた。 引き続き両耳装用が必要である。								
		1 ポケット型								
ط		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象								
		☑ 重度難聴用 1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳かけ型FM型								
す		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象								
<b></b>		□ 骨 導 式 1 ポケット型 2 眼鏡型								
る	種 類	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は イヤモールドの使用が困難な者								
補		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能								
聴		○ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 耳あな型 の対象者 ○ 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 ○ オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者								
器	***************************************									
	付属品	✓ イヤモールド 方理 □ 頭部の由 □ その他 □ でください。								
使用	] 効果見込	補聴器を両耳装用することにより、大きな音の方向が分かり、危険が回避 できる。また、相手の音声がかすかながら聞こえ、読話の助けになる。								
	上記	のとおり意見します。								
令和〇年〇月〇日 身体障害者福祉法 第15条の指定医師										
	身体障害者手	医療機関名 〇〇耳鼻科 の記名・押印が必要 帳交 です。								
	付日以降の日なっているか	付に 所 在 地 〇〇市〇〇字〇〇 〇番地 確認								
	してください。									
		作成医師氏名 00 00								

(H28.06)

## 【必要とする補聴器】

## 「装用耳」

補装具費支給制度上、同一種目の補装具は一つのみが原則であるため、両耳装用の場合には、その理由を具体的に記載願います。

なお、両耳装用は次のような場合に認められます。

- ①職場の環境上、音の方向を認識する必要がある場合(特に危険回避)
- ②学校教育上の理由
- ③幼少時より教育的配慮で両耳装用をしていた人が引き続き両耳装用を必要とする 場合
- ④難聴の特性上片耳だけではどうしても補聴効果が得られない場合
  - → ④の場合、片耳装用と両耳装用での補聴効果(聴力又は語音明瞭度)を検査し、 その比較の結果から、補聴効果に有意な差が見られることが確認できれば認め られます。

そのため、追加資料として、検査結果の添付を求めています。

「種類」 高度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です。

重度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね90dB未満の者が対象です。

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例)音の方向性が分かり危険回避が可能になる

大声の聞き取りが可能になる

静かなところでの一対一での会話が可能になる 等

## 【記名・押印】

# 補聴器 (聴力の低い方の耳に片耳装用)

棣式第	3号(09	補装具費支給要否意見書(補聴器)
氏	名	<b>白河 面麻</b> 男 <b>愛</b> 生年月日 <b>昭和</b> ○年 ○月 ○日生 ○歳
住	所	〇〇市〇〇町□□ 〇-〇
障	が い 名	聴覚障害
	因 と な っ た 病 ・ 外 傷 名	老人性難聴       交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災         疾病・外傷発生年月日       口年       口月       口目
	聴力	右 81.3 dB 左 76.3 dB 会話音域の平均聴力レベル:4分法
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴
聴	鼓膜の状況	聴力は4分法で算出してください。
覚		【オージオメーターの型式】 → リオン AA-79 この聴力検査の結果から ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
障		125 250 500 1000 2000 4000 8000 右耳: [85+(80×2)+80]÷4 =81.25dB(≒81.3dB)
がい	聴 力 検 査 の 結 果	左耳: [80+(75×2)+75]÷4 =76.25dB(≒76.3dB)
、 の		(d 60
状		100 110 120 125 250 500 1000 2000 4000 8000
況		周波数(Hz)
	語音明瞭度	右 55 % 左 45 % 補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】
	テ・言語機能 逢がいの状況	問題なし

裏面へ続く

## 対象となる障がい

聴覚障がい者

#### 障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

## 【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

## 聴力の計算方法

4分法: (500Hz の聴力+(1000Hz の聴力×2)+2000Hz の聴力)/4

- ※スケールアウトの場合は「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「<u>以上</u>」と表示してください。(例)  $500\sim2000$ Hz すべて 110dB でスケールアウト $\rightarrow$ 聴力 115dB <u>以上</u>
- ※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「**聴力検査の結果」** 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 [ 」、 左耳を「 ] 」で記載してください。

「**語音明瞭度」** 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

## 【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必	装用耳	▼ 右 耳 □ 左 耳								
要		<ul><li></li></ul>								
と		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象								
		□ 重度難聴用 1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型								
す		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象								
		□ 骨 導 式 1 ポケット型 2 眼鏡型								
る	種 類	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は イヤモールドの使用が困難な者								
補		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能								
聴器		□ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 「例示」①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 □ オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者								
<b></b>	付属品									
使用効果見込		普通話声での会話が可能になる								
	上記	のとおり意見します。								
		令和○年◎月△日 身体障害者福祉法 第15条の指令医師								
身体障害者 付日以降の なっている してくださ		日付に 所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇 要です。								
		作成医師氏名 00 00								

(H28.06)

## 【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

<u>比較的聴力の悪い方の耳に装用を処方する場合は、その理由を具体的に記載してく</u>ださい。

## 【例】

- 聴力の良い方が中軽度の難聴の場合
- 左右の耳の語音明瞭度の比較
- 本人の慣れ、効き耳など

「種類」 高度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

重度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね90dB未満の者が対象です

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

## 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例)日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

## 【記名・押印】

## 補聴器(耳あな型)

様式第3号の9

## 補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏	名	鮫川 鮎子	男女生年月日	昭和	○年 ○月 ○日生	△歳					
住	所	〇〇市〇〇町口口 〇-〇									
障	が い 名	聴覚障害	聴覚障害								
原(疾)	因となった 病・外傷名	不詳       交通・労災・その他の事故・戦傷・戦疾病・外傷発生年月日 不 詳 年 月 日             疾病・外傷発生年月日 不 詳 年 月 日									
	聴力	右 <b>87</b> . <b>5</b> dB	左 87.	<b>5</b> dB	会話音域の平均聴力レ	ベル:4分法					
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音	性難聴 3 混合性	難聴							
聴	鼓膜の状況		瘢痕化	<i>III</i>	聴力は4分法で算出ださい。	UT<					
覚		【オージオメーターの型式】・	→ RION AA-79		この聴力検査の結り 聴力を算出すると、	<b>**・</b> 果から					
障		125 250 500 -10 0 10 20	1000 2000 4000	8000	右耳: [90+(85×2)+9 =87.5dB	00]÷4					
がい	聴力検査の結果	聴 30 レ 40 ル( 50 d 60		<u>-</u> J	左耳: [80+(90×2)+9 =87.5dB	00]÷4					
Ø		B 70 80 90 100		ν <b>⊗</b> λ	70 記人の任方 80 気導:右耳 〇 90 骨導:右耳 □ 100						
状		110 120 125 250 500	1000 2000 4000 刮波数(Hz)	8000	110						
E		由を記載します。 などではなく、耳あな型以外( を具体的に記載して下さい。	耳掛け型やポケットな		すること。						
	その他の所見	耳あな型、骨導式を処方する 耳介後部に皮膚炎症かいため、耳あな型を処プ	ヾ生じやすく、搔タ		-	が難し					
	音声・言語機能 障が い の状況 問題なし										

裏面へ続く

## 対象となる障がい

聴覚障がい者

#### 障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

## 【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

## 聴力の計算方法

4分法: (500Hz の聴力+(1000Hz の聴力×2)+2000Hz の聴力)/4

- ※スケールアウトの場合は「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「<u>以上</u>」と表示してください。(例)  $500\sim2000$ Hz すべて 110dB でスケールアウト $\rightarrow$ 聴力 115dB <u>以上</u>
- ※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

## 「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「**聴力検査の結果」** 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 [ 」、 左耳を「 ] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

## 【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

		☑右耳 □左耳 □両耳								
必	装用耳	次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合								
要		1 ポケット型 2 耳かけ型 2 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) (4)耳あな型(オーダーメイド)								
논		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象								
		□ 重度難聴用 1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型								
す		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象								
7		□ 骨 導 式 1 ポケット型 2 眼鏡型								
る	種 類	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は イヤモールドの使用が困難な者								
補		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能								
聴		□ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 「例示】①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 □ オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者								
器	***************************************									
	付属品	□ イヤモールド								
使用	]効果見込	仕事上、会話を理解し得る								
	上記	のとおり意見します。								
令和〇年◎月△日 身体障害者福祉法 医 療 機 闘 名 ○○耳鼻科 第15条の指定医師										
	身体障害者手 付日以降のE	帳交 の記名・押印が必要								
	なっているか してください	確認								
		作成医師氏名 00 00								

(H28.06)

## 【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

「種類」 高度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね90dB未満の者が対象です

重度難聴用:両耳とも聴力レベルがおおむね90dB未満の者が対象です

- ※ 「耳あな型」の対象者は、
- ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者
- ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な場合となっています。職業上の理由の具体例は以下の通りです。
- ・ 自動車整備工などで、いろいろな体勢を余儀なくされ、耳かけ型では落ちやすく仕事の邪魔 になる。
- ・ 土木作業、大工などで、ヘルメットを被るため耳かけ型では邪魔になる。
- ・ ガスの配送・補充業務で、作業場所が湿気が多く汗をかきやすく、屋外の作業で雨に濡れる こともある。耳かけ型では、湿気や水滴が直接機器に当たるため故障しやすい(耳あな型は、 耳あなの中に機器が入っているため、それらからの影響を受けにくい)。
- ・ 剣道を教えており、防具を被るのに、耳かけ型では邪魔になる。

(「補装具の手引き」より)

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

## 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例)日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

## 【記名・押印】

## 重度障害者用意思伝達装置

様式第3号の11

## 補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏		名		伊達	正男		男女	生年月日	昭和	1 O <sup>4</sup>	手 <b>〇</b> 月	O日生	□歳
住	主 所 〇〇市〇〇町〇〇				100	□番地	! □						
障	がし	、 名	両上	下肢機能	全廃、	言語機	能喪失						
	目とな <b>手・</b> 外 (			縮性側索 病•外傷				\年 △月	△目			・その他(	<ul><li>戦傷・戦災</li><li>)</li></ul>
障	身体	上肢	機能	運動	機能全	廃							
が	ドの状況	下肢	機能	運動	機能全	廃							
V ۱		人工	呼吸器	T	1 あり	2 %				胃ろう造	設	(1 <i>b</i> y)	2 なし
,				1 可能		なんと	か可能	③ 不可	能				
の	意思伝	音 声	機能	※2,3のり その状況、 具体的に こと。	原因を 記入する			により発声		2, そ		や原因を具	体的に記入 _
状	達の状況	言 語	機能	1 可能 ※2,3の場 その状況、 具体的に認 こと。	易合は、 原因を	***************************************		(3 不可により発記			てくださ	<u> </u>	
況		そ の	) 他										
意思	伝達	装置		· :能力的能力		『手帳の 『能力の	の所持 <b>の低下</b> 7	1 あり なし	( A •	в)(	2 な	D	
<i>の</i> :	操作	性	能な身	上利用可 と体能力			<b>魚のみ</b>			操作上利 全て記載		ださい。	ウを 
$\sigma$	ソ、 要	2 作	1 意 2 意 3 意	<ul><li>意 欲</li><li>一 微</li><li>一 表 一</li><li>思 伝 達 装</li><li>思 伝 達 装</li><li>思 伝 達 装</li><li>思 伝 達 装</li></ul>	置でな 置が望 置が望	ましい	場合があ		آ ا ح ا	りを行っ 四肢機能 下能であ	明文字 ている は全廃	ー が、限界が 、気管切開	と意思のやり がある。 帽のため発声 吏用が必須で
□ 借 (本		部品名 理由						類にチェック 置は操作上利				ります。	<b>,</b> 月
必	要	₹ }	=	する	5	装	置		力装	置\	スイ	ッチ)	の種類
☑ 本体				ドプリンタ 		_		□ 接		V		帯電式	ь
				□ 入力:		.具			電式			口 タッチ:	
□ 固定台(アーム式又はテーブル置き式)					: <del>E</del>		口 光	_	は与せい			チ式先端部	
	□ 呼び鈴 □ 呼び鈴分岐装置 □ 呼気式(吸気式) □ 圧電素子式 □ 空気圧式 □ 視線検出式												
	付日りなって	上 記 ( 章害者手 以降の日 ているか ください。	令和 帳交 付に 確認	の年 〇年	O月 医療 所	機関在科	名 地 名	◆◆綜合部 ○○市◆◆ 神経内科	ҕ院 ▶町○○			身体障害者 第15条指抗記名・押印がです。	福祉法

#### 対象となる障がい

両上下肢機能障害 及び 音声・言語機能障がい

### 障がいの状態

重度の両上下肢及び音声・言語機能障がいによりコミュニケーションを図ることが できない者

(難病患者等については、音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患である者)

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を 記入してください。また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】障がいの内容について全ての項目を記載してください。

「意思伝達の状況」 「2なんとか可能」及び「3不可能」である場合には、原因を具体的に記入してください。

## 【意思伝達装置の操作性】

「操作上利用可能な身体能力」 操作可能である身体の部位を<u>全て</u>記載してください。 (例) 右手親指、両下肢、左足部、眼球 等

#### 【意思伝達装置の必要性(使用効果見込み)】

該当する項目に○をつけ、必要性や現在の状況などを具体的に記載してください。

## 【必要とする装置】

該当する項目すべてにチェックを入れてください。

【入力装置(スイッチ)の種類】必要な入力装置にチェックを入れてください。

四肢の機能が残っている段階では上肢などで直接スイッチを押下する接点式、四肢機能が減退してきたらより筋力を使わなくても反応する帯電式や圧電素子式等、直接身体に触れる入力装置では反応させることが不可能になった場合には視線検出式が適応となります。

そのため、視線検出式は、他の入力装置を試した結果、障がい状況の進行等により、それらでは対応が不可能ということを確認できた場合に支給対象となります。

# 眼鏡 (矯正用・遮光の機能が必要)

様式第3号の10

## 補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏	名	会津 美里	男女生年月日	〇年 〇月 〇日生	00 歳			
住	所	00市000町						
障	がい名	両眼の視力障害・ネ	見野障害					
原因となった疾病・外傷名		<b>緑内障</b> 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災						
		疾病・外傷発生年月日 H◎年 ○月 △日 (疾病・先天性・その他( )						
障		裸眼	矯正					
	視 力	右 0.01	( 0.02 × -2.50	D Cyl -2.00 D Ax	90			
		左 0	( n. c ×	D Cyl D .	Ax			
が い の			右	左				
状況	現症	外眼	異常なし	眼球癆				
		中間透光体	眼内レンズ	透見不能				
		眼 底 視	神経乳頭陥凹	透見不能				
	その他の所見	か他の所見						
Ŋ	義 眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド						
必要と		① 矯正用 ☑ 「遮光の機能が必要 → ☑屋外用 ☑屋内用						
する		2 遮光用 → □ 前掛け式 □ 掛けめがね式 → □屋外用 □屋内用						
· 補 装	眼鏡	3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → □ 掛けめがね式 ( 倍率) □ 焦点調節式						
具	_	※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者						
処	遠用	球面レンズ 円柱レンズ 円柱	軸 プリズム 基	底 瞳孔距離 光密光道				
方	□近用	SPH CYL Ax		SE PD   次処儿が火	安な場合、 旨定して下さい			
内	右	<b>-2</b> . 50D <b>-1</b> . 50D 9	0 °	61 Omm <sup>全介円</sup> CCF	東海光学 '4 O O FR			
容	左	<b>0</b> D D	0	最内田	東海光学 '400 SC			
使	度数を入れることで見え方が向上する。 効 果 見 込							
	上記のとおり意見します。 身体障害者手帳交付日以降の日付であることを							
○ 年 ○ 月 ○ 日 確認して下さい。								
二具の場合       医療機関名       O O 病院         は、意見書を       所在地       OO市 OO町 OO 中ででいると、地口が必要に関する。								
2枚に分けて   診療 科名 眼科								
作成医師氏名 〇〇〇〇								

## 対象となる障がい・障がいの状態

矯正眼鏡をかけることにより視力が改善できると見込まれる方で、

- ●視力障害(1級~6級)の手帳を所持している
- ●手帳は所持していないが、難病で手帳に該当するレベルの視力障害がある

併せて羞明感があり、遮光をつけることで見え方が改善できると見込まれる場合は 遮光の機能をつけることができる。

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

#### 【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」 【記入例】

外眼:正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体:正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底:異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」特になければ「所見なし」と記載してください。

## 【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に図を入れて下さい。

## 【処方内容】

遠用・近用の二具を申請する場合は、意見書を2枚(遠用分・近用分)に分けて下さい。

#### 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

## 【記名・押印】

# 眼鏡(遮光用・かけめがね式)

様式第3号の10

## 補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏	名	下郷 葱之丞	男女 生年月日	〇年 〇月 〇日生	00 歳		
住	所	〇〇市〇〇〇町					
障	障がい名 両眼視力障害・視覚障害						
原因となった疾病・外傷名		網膜色素変性症 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災					
		疾病・外傷発生年月日 〇年 〇月 〇日 (疾病・先天性・その他( )					
		裸眼	矯正				
	視 力	右 0.03	( 0.04 × +2.00 D	O Cyl -2.00 D Ax 125	)		
		左 0.08	( n.c × I	O Cyl D Ax	)		
障 が							
いの			右	左			
状況	現症	外眼	異常なし	異常なし	***************************************		
		中間透光体	人工水晶体	人工水晶体			
		眼底	網膜色素変性	網膜色素変性			
	その他の所見 所見なし						
必	義   眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド 遮光のみ(度なし・フレー ムあり)の場合は、ここに					
夏とする補装具	眼鏡	1 矯正用 □ 遮光の機能が必要 → □屋外用 □					
処	☑ 遠 用	球面レンズ、円柱レンズ、円柱	軸 プリズム 基	店 瞳孔距 指示事項等			
方	□ 近 用	SPH CYL A	1 1	F PD 地光が必	要な場合、 定して下さい		
内	右	0 D	 る必要はありません。	64.0mm 单介用	T海光学 CCP YG		
容	左	0 D	D. 2 100 7 6 C 700	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	E海光学 CP400 AC		
使用することにより症状がど 使用 効果見込 差明感の軽減により、見え方が改善する。							
上記のとおり意見します。							
O 年 O 月 O 日       確認して下さい。         医療機関名 O の病院       確認して下さい。							
所 在 地 〇〇市 〇〇町 〇〇 定医師の記名・押印が必要です。							
診 療 科 名 <b>眼科</b> 作成医師氏名 O O O							

## 対象となる障がい・障がいの状態

羞明感があり、遮光眼鏡をかけることにより見え方が改善できると見込まれる方で、

●視力障害(1級~6級)の手帳を所持しているが矯正の必要がない

(オーバーグラス等)

- ●視野障害(2級~5級)の手帳を所持している
- ●手帳は所持していないが、難病(視覚障害)に該当している

【障がい名】今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

## 【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。 また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

## 【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」 【記入例】

外眼:正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体:正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底:異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

#### 【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に図を入れて下さい。

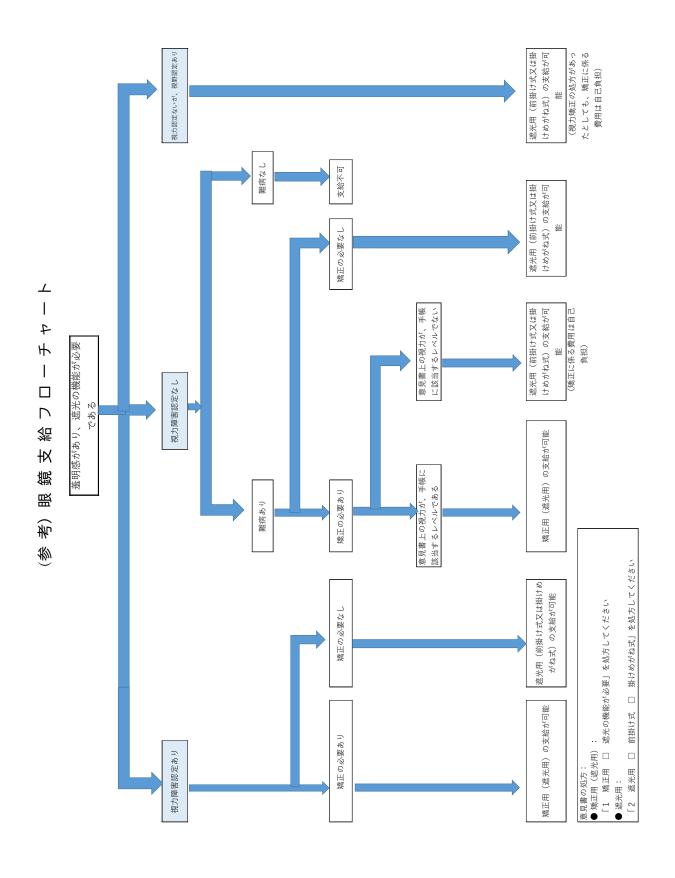
#### 【処方内容】

指示事項欄に屋外用・屋内用それぞれのレンズの種類を記載してください。

## 【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

## 【記名・押印】



No.	Q	А
1	身体障害者福祉法第15条の指定医 師になるにはどうしたらよいか。	指定医師になるには、窓口である、勤務する医療機関を管轄する保健福祉事務所に必要書類を提出する必要があります。 手続きの詳細は、お近くの保健福祉事務所にお問い合わせください。 なお、中核市(福島市、郡山市、いわき市)は、身体障害者手帳の交付及び指定医師の登録を独自で行っているため、手続きについては各市の障がい福祉担当課にお問い合わせ願います。
2	身体障害者手帳を持っていない方から、意見書の作成を依頼された。 意見書を作成してよいか。	身体障害者手帳を所持していることが補装具費支給の前提です。 手帳が交付されてから意見書を作成するようお願いします。 また、手帳が交付されていても、希望する補装具に関する区分の障害が認定されていない場合は、手帳の程度変更(障害追加)が必要です。 (例:手帳は心臓機能障害のみ、欲しい補装具は補聴器など) なお、障害者総合支援法の指定難病による補装具の申請である場合には、手帳の所持は必須ではありません。
3	作成してから1年経った意見書は有 効か。	申請者の身体状況等の変化が考えられるため、補装 具費の判定はおおむね3か月以内の意見書で行います。 3か月を過ぎた意見書である場合には、内容につい て現状と変わりないかを再度確認いただく必要があ ります。 その際、意見書作成年月日には、再確認した日付を 追記いただくようお願いします。
4	意見書様式のデータが欲しい。	当センターホームページにExcel形式及びPDF形式を掲載しています。 ダウンロードしてご利用ください。 なお、最新版の様式を使用していただくようお願いします。 ※掲載場所への行き方 ①当センタートップページの右サイドバーにある 『申請・手続き』の『補装具費支給関係様式 集』をクリック ②当センタートップページ>身体障がい者福祉 課のページ>補装具についてのページ> 3判定方法について(2)書類判定の「意見書 の様式はこちら」をクリック

# 参考資料

## 福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領

福島県障がい者総合福祉センター

## 1 目 的

身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第1条に規定する特殊な疾病に該当する難病患者等に対する補装具費の支給に係る判定事務については、補装具費支給事務取扱指針(平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。)に定めるもののほか、この要領に定めるところによることとし、補装具費判定事務の適正化及び迅速化に資することを目的とする。

#### 2 要否判定の区分

(1) 福島県障がい者総合福祉センター(以下「センター」という。)の判定を必要とする補装

## ア 新規支給

義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子(オーダーメイド)、電動車椅子(普通型)、電動車椅子(簡易型)及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給

#### イ 再支給

- (ř) 骨格構造義肢、電動車椅子(普通型)及び電動車椅子(簡易型)に係るすべての再支給
- (4) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子(オーダーメイド)及び重度障害者意思伝達装置に係る医学的所見を必要とする再支給(ただし、車椅子(オーダーメイド)については、別表1「車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表」(以下「別表1」という。)において、「区分1」に掲げるものに限る。)

なお、医学的所見を必要とする再支給とは、再支給にあたって障がい状況の変化等に 伴い医師の診察を必要とする場合又は処方内容の変更を希望する場合をいう。

### ウ修理

上記アに掲げる補装具に係る医学的所見を必要とする修理(ただし、車椅子(オーダー

メイド)及び電動車椅子(簡易型)の車椅子本体部分に係る修理については、別表1において、「区分1」に掲げるものに限る。)

なお、医学的所見を必要とする修理とは、修理にあたって障がい状況の変化等に伴い医師の診察を必要とする場合又は修理により補装具の名称が支給時と異なるものになる場合等をいう。

- (2) センターの判定を必要としない補装具
  - ア 市町村が、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医その他の医師((指針第2の2の(1)の①のカに定める医師並びに指針第2の2の(1)の③に定める保健所の医師又は難病法第6条第1項に規定する指定医。以下「指定医等」という。)が作成した補装具費支給要否意見書(以下「意見書」という。)で判断できる補装具
    - (7) 義眼、眼鏡及び歩行器に係る新規支給、再支給又は修理(いずれも医学的所見を必要とするものに限る。)

ただし、同一種目につき、2個分を同時に支給する場合又は2個目の支給をする場合は、センターの判定を必要とする。

- (4) 車椅子 (オーダーメイド) に係る医学的所見を必要とする再支給又は修理 (ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。)
- (†) 電動車椅子(簡易型)の車椅子本体部分に係る医学的所見を必要とする修理(ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。)
- (エ) 車椅子(手押し型以外のレディメイド)に係る新規支給及び医学的所見を必要とする 再支給又は修理(別表1において「区分1」及び「区分2」に掲げるものとする。)
- イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具
  - (デ) 視覚障害者安全つえ、車椅子(手押し型のレディメイド)歩行補助つえの新規支給、 再支給又は修理
  - (4) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子(オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド)、歩行器、義眼、眼鏡、補聴器及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給(車椅子については、別表1において、「区分3」に掲げるものとする。)
  - (f) すべての補装具に係る医学的所見を必要としない修理(人工内耳に係る人工内耳用音 声信号処理装置修理を含む)
- 3 要否判定・判断の方法
  - (1) センターが行う要否判定

センターの判定を必要とする補装具については、来所若しくは巡回相談会における判定 (以下「相談会判定」という。)又は意見書による判定(以下「書類判定」という。)を行 うが、その実施区分は次のとおりとする。

ア 相談会判定のみ行う補装具

骨格構造義肢、電動車椅子(普通型)及び電動車椅子(簡易型)(電動車椅子については、イに掲げる場合を除く。)

イ 原則として相談会判定を行うが、相談会に出席できないやむを得ない事由がある場合に 書類判定を行う補装具

設構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子(オーダーメイド)、電動車椅子(普通型) 及び電動車椅子(簡易型)(電動車椅子については、修理不能となったことのみの理由 で、同じ型式の電動車椅子について再支給する場合に限る。)及び重度障害者用意思伝達 装置(必要に応じて実態調査を行う。)

- ウ 原則として書類判定を行うが、申請者が希望する場合に相談会判定を行う補装具 補聴器
- (2) 市町村が行う要否判断
  - ア 上記2の(2)のアに規定する補装具については、意見書により要否を判断すること。 ((ア)のただし書きの場合を除く。)

なお、市町村において判断が困難な場合又は申請者が相談会判定を希望する場合は、センターに相談すること。

イ 上記2の(2)のイに規定する補装具については、申請者の障がい程度や生活状況を確認 のうえ要否の判断を行うこと。

## 4 判定依頼

#### (1) 手続

市町村は、センターの判定を必要とする補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書 (様式第1号)に見積書(写)を添付し、かつ、次の書類を必要に応じ添付してセンター所 長に提出すること。

なお、相談会判定の依頼は、相談会開催日の1週間前までに行うこと。

## ア 意見書

- イ 補装具費支給に係る借受けに関する調査書(様式第2号の1)
- ウ 車椅子等調査書(様式第2号の2)

- エ 車椅子の寸法表(相談会判定のオーダーメイドの場合に限り、電動車椅子(簡易型)の 本体車椅子を含む。様式は任意。)
- オ 車椅子等支給に係る介護保険調査書(様式第2号の3)
- カ 重度障害者用意思伝達装置調査書 (様式第2号の4)
- キ 特例補装具費支給申請理由書(様式第6号)
- ク 診断書(様式第8号)

### (2) 意見書の様式

意見書は次の補装具ごとに作成するものとし、その様式は別紙のとおりとする。

ア 殻構造義手 (様式第3号の1)

イ 殻構造義足 (様式第3号の2)

ウ 下肢装具・靴型装具・歩行器 (様式第3号の3)

エ 上肢装具 (様式第3号の4)

オ 体幹装具 (様式第3号の5)

カ 座位保持装置 (様式第3号の6)

キ 車椅子 (様式第3号の7-1)

ク 車椅子(心臓機能障がい者用) (様式第3号の7-2)

ケ 車椅子(呼吸器機能障がい者用) (様式第3号の7-3)

コ 車椅子(平衡機能障がい者用) (様式第3号の7-4)

サ 電動車椅子 (様式第3号の8-1)

シ 電動車椅子(簡易型) (様式第3号の8-2)

ス 補聴器 (様式第3号の9)

セ 義眼・眼鏡 (様式第3号の10)

ソ 重度障害者用意思伝達装置 (様式第3号の11)

### 5 判定・判断基準

要否の判定又は判断を適正かつ公平に行うため、補装具の判定・判断基準を別表2のとおり 定める。

### 6 判定書の交付

市町村より判定依頼を受けた場合センターは、要否判定の結果を判定書(様式第4号)により市町村に通知する。

#### 7 適合判定・確認

製作し、又は修理した補装具の適合判定・確認は、次により行う。

(1) センターの判定に基づき製作し、又は修理した補装具の適合判定

#### ア 適合判定を行う補装具

義肢、装具、座位保持装置、車椅子(レディメイドを除く)、電動車椅子(改造が施されたもの、簡易型で本体の車椅子がオーダーメイドの場合等)及び重度障害者用意思 伝達装置

### イ 適合判定の方法

- (7) 相談会判定で製作し、又は修理した補装具は、来所又は巡回相談会において行う。
- (4) 書類判定で製作し、又は修理した補装具は、センターの検収後に、意見書を作成した指定医等が判定を行う。

なお、判定を行った指定医等は、判定結果を補装具適合判定意見書(様式第5号) (以下「適合意見書」という。)に記載し、センター所長に送付すること。

- (2) 市町村の要否判断に基づいて製作し、又は修理した補装具の適合の確認
  - ア 意見書を作成した指定医等が作成する適合意見書により確認する補装具
    - (7) 意見書により要否判断を行って修理した電動車椅子(簡易型)
    - (4) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子の再支給又は修理
  - イ 市町村担当者が現物を確認する補装具
    - (7) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子(手押し型以外のレディメイド)、義眼、眼鏡及び歩行器
    - (4) 申請書等により判断して製作し、又は修理した補装具

#### 8 特例補装具(指針第2の1の(2)に規定する補装具)

(1) 判定依頼の手続

市町村は、特例補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書に次の書類を添付してセンター所長に提出すること。

- ア 特例補装具費支給申請理由書 (様式第6号)
- イ 補装具費支給要否意見書(相談会判定の場合は不要)
- ウ 特例補装具の名称・形式等を判別できるカタログ・仕様書等
- エ 特例補装具の価格を証する書類(見積書等)

### (2) 要否判定の方法

ア すべての特例補装具の新規支給、再支給又は医学的所見が必要な修理について、センタ ーの判定を必要とする。

イ 判定方法は、3に準じる。

ウ センターは、申請者の障がいの状況その他真にやむを得ない事情の確認を行うため、必 要に応じて、市町村担当者とともに実態調査を行う。

### (3) 適合判定

適合判定は、7に準じて行う。

### 9 判定依頼の取下げ

市町村は、判定依頼した補装具について、申請者が申請を取り下げるなどの理由により判定 を依頼する必要がなくなった場合、判定依頼取下げ書(補装具費) (様式 7 号) により、判定 依頼の取下げを行うこと。

### 10 借受け費の判定等

借受け費の判定等については、指針に定めるもののほか、要領4、5、6及び9を準用し、 以下により行う。

### (1) 借受けの対象品目

- ア 座位保持装置の完成用部品
- イ 歩行器
- ウ 重度障害者用意思伝達装置(本体)
- エ 義肢の完成用部品
- オ 装具の完成用部品

### (2) 要否判定等

- ア 歩行器については、意見書により市町村が要否の判断を行う。
- イ その他については、意見書又は相談会によりセンターが要否の判定を行う。
- ウ 借受けの期間は、原則1年以内とするが、やむを得ない事情がある場合は1年毎に再 度判定を受け(歩行器にあっては市町村による判断)、最長3年程度まで更新すること が出来る。

#### (3) 判定依頼等

市町村は、判定依頼書に、補装具費支給に係る借受けに関する調査書(様式第2号の1)

を添付し、要領4に準じて判定依頼を行う。

### 附則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。 附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。 附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。 附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。 附則

この要領は、平成22年7月1日から施行する。 附則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。 附則

この要領は、平成26年7月1日から施行する。 附則

この要領は、平成28年6月1日から施行する。 附則

この要領は、平成29年6月1日から施行する。 附則

この要領は、平成30年6月1日から施行する。 附則

この要領は、令和元年6月1日から施行する。 附則

この要領は、令和2年6月1日から施行する。

## 判定依頼書(補装具費)

第号年月日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

下記の者に対する判定を依頼します。

										į	記															
(フ! 氏	IJカ`	ナ) 名								男女	<u> </u>	生年	月日	I				4	年	月		日生			歳	
居	住	地		***************************************			000000000000000000000000000000000000000	***************************************				***************************************	***************************************			000000000	*************	000000000		***************************************	***************************************		***************************************			20000
身体	交年	付 月 日			年		月	F	21	番号					形 道 守 貞 市					第					号	
障害者手帳	又门	がい名 は疾病 名																				障が等			級	
生活状	生	在の 活場 所	1 在年 3 图		→ □ 機関			親戚	宅	_ ?	その	他				名和		□有	í –	<b>&gt;</b>	月	日	頁		□無	)
況	職	業	1 有	<b>→</b>	〔職種	•勤務	先等	:							g					)		2	無	;		
家	続	柄																		*******						
族構	年	齢							_																	
成	職	業		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,																		10000
(他制		え給歴 り場合 き)	種目・ 名称 引渡日		年	月	日	***********	年	月			年	 E	月	日			 年	月	日				 月	—
判定	依頼	事項	補装			1	新規	ļ	2	再	支給	<u> </u>	3 作	多耳	里				:け( 具		[無]		有	Î		無
判员	主力	方法	1 書	類	判定	2	相詞	炎会半	定	- 🗆	来瓦	斤相	談会	÷	<u> </u>	巡回	相	談:	会	[‡	钊定	日:	J	]	E	)
希盲	望 業	纟 者																								
添了	寸 書	書 類	3 車	椅椅	子等 子等 書(核	調査 支給	書 に係	意見る介記		<b></b>	調査	書	4 1	重月持	篗障 列補	害	者月 具責	意	思	伝達	幸装	に関 <sup>*</sup> 置調 由書	查		<b></b>	
補装に対		支給意見		具乳	豊の支			とする1														かいて	ま、』	<b>必ず</b>	記入す	-

注 障がい名又は疾病名の欄には、身体障害者手帳を持たず障害者総合支援法に指定された難病等により補装具を申請する場合は、その疾病名を記載すること。

(R元.6)

### 補装具費支給に係る借受けに関する調査書

調	査	年	月	日	左	F	月	月
市	Ħ	r ;	村	名				
調	査	担	当	者				

氏	名				男·女		年	月	月	生	歳
種	目	2 歩行器	器 章害者月 ひ完成月			本)					
名使用音	称邵品名										
借り入れ理	が必要な 由	[理由]	1 成購	長への対応入に先立っ	5 )比較検言	2 刊 4	障がその位	いの進行	· σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ σ	対応	
貸出	<b>) 業者</b>		所 称 者 番号								
相談会	会月日		年	月	日	医師	名				

注1) 相談会月日の欄は、相談会判定による判定依頼の場合のみ記入すること。

注2) 医師名欄は記入不要。

(H30.6)

様式第2号の2

調査年月日 年 月 日 市 町 名 村 調査担当者

			·					
Ð	ā	名	男・女 年 月 日生 歳					
車	椅子	の 手動車椅子	1 有 → 〔型式: 〔年数: 年〈らい〕 2 無					
操	作経	験 電動車椅子	1 有 → 〔型式: 〔年数: 年〈らい〕 2 無					
*******************************	***************************************		1 仕事・通勤 週 回 2 日常生活 週 回					
Æ	F FFF	目的及び頻度	3 散歩・近所廻り 週 回 4 買い物 週 回					
12	с лі	日时及 〇 頻及	5 通院 月・週 回 6 デイサービス 月・週 回					
			7 社会参加(内容: ) 月•週 回					
			1 車椅子等のみで移動 2 自分が運転する自家用車と併用					
侵	Ė	用 形態	3 介護者が運転する車と併用 4 他の補装具を併用 ( )					
			5 その他 ( )					
侵	Ė	用 場 所	1 屋内のみ 2 屋外のみ 3 屋内・屋外とも					
<i>t-1-</i>	屋	住宅の形態	1 自家 2 賃貸(① 一軒屋 ②アパート等) → □一般用 □障がい者用4 施設					
使		住宅の改造	1 車椅子用に改造済み 2 改造予定( 年 月) 3 改造していない					
	内	使用可能場所	1 居間 2 寝室 3 廊下 4 洗面所 5 トイレ 6 浴室					
用		日常生活圏	1 行動半径 → 約 m・km					
	屋	居住環境	1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯					
		地 形	1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい					
環			交 通 量 1 多い 2 普通 3 少ない					
			路 面 1 舗装(全域) 2 一部舗装 3 未舗装 4 悪路					
		道路の状況	歩・車道の区分 1 あり(全域) 2 一部あり 3 なし(全域)					
境	外		交 通 信 号 1 あり 2 なし					
			危険箇所 1踏切 2用水路・川 3池 4側溝(蓋なし)					
入	疖	院 名						
院	<u> </u>	、院の目的						
中	入院	完の時期及び退院見込み アイスティー	入院: 年 月 日・退院: 年 月 日					
の場	٠,	院中に必要な理由	1 在宅に向けての使用訓練 2 退院する見込みがなく、病院が生活の場となっている					
合		院中に必要な理由	3 病院の備品の車椅子では、障がい上又は体型上等著しく不適合である 4 その他 (					
_	区分	1 現有の車椅子等に	「今回新たに申請して2個使用とする2 従来から2個使用しており、今後も継続使用する					
_	名	1台目:〔	2台目:〔					
	称	( 年 月支	な給・今回申請 ) ( 年 月支給・今回申請 )					
個								
	理       4 学校・施設・職場からの要請 5 介護上の必要性 6 その他( )							
申								
請	由							
/0		管 場 所	(欄が足りない場合は別紙とすること)					
45			1 玄関 2 室内 3 物置 4 その他( )					
伢		守点検者	1 本人 2 家族( )3 その他( )					

注1 車椅子、電動車椅子、座位保持装置(車椅子構造フレーム)及び座位保持装置(電動車椅子構造フ レーム)の判定を依頼する場合に、本調査書を添付すること 注2 電動車椅子の再支給で意見書により判定依頼する場合は、裏面「電動車椅子検査票」も作成すること

- 注3 電動車椅子の場合、①家屋の見取図 ②主な走行経路を記載した地図を添付すること
- 注4 介護保険の貸与制度が使用可能な者については、様式第2号の3を添付すること
- 注5 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること
- 注6 相談会判定でオーダーメイド(電動車椅子(簡易型)の本体を含む)を判定依頼する場合は、業者からの 寸法表(任意様式)を添付すること

(R元.6)

## 雷動車椅子検査票

検査年月日 年 月 日 検 査 者 氏 名 【身体状況等】 ○視 力 (右: 左: ) ○視 野 (正常・異常)○色 覚(正常・異常) ○聴 力 (正常・難聴気味・難聴)○補聴器使用 (有・無) ○言 語 (伝達可・なんとか可・困難) ○てんかん (有・無) ○上肢等の機能 ・物を握る( ・利き手 (右・左) ・食事(箸・スプーン・自助具使用・要介助) ・プッシュアップ ( ) ・頭を後まで回す ( ) ○手動式車椅子の使用経験 使用経験 (有・無) 有の場合 : 車椅子の型式 ( 使用していた時期 ( ○移乗能力 床 ←→ 車椅子 ( ) ベッド←→車椅子 ( トイレ ←→ 車椅子 ( ) ○ADLの状況 介助が必要な場面( 介助者( ○自動車免許 (有·無) ( 現在 ・ 過去 ) ○知的能力( )○次通規則の理解・遵守( )○状況理解判断能力( )○行動意欲( ) ○意志疎通性( ) ○路上故障時の対応能力() ○携帯電話操作( ) 【操作能力】 ○ 機種名 メーカー ( ) 機種 ( ) 1. コントロールスイッチ等操作能力 2. 走行能力 できる なんとか できる 名 称 位 置 操 作 速度 動作 不 可 電源 右・左 可•不可 前進 スイッチ 走 行 後進 右・左 可・不可 低 速度切替 可•不可 方向転換 右・左 スイッチ 停止 電動手動 右・左 可•不可 (スロープ昇) 安全ブレーキ 停止 右・左 可•不可 (スロープ降) 3. その他参考事項 前進 後進 高 (中 方向転換 谏 (スロープ昇)

( ○ 可 △ 困難 × 不可)

※必ず実際の操作を確認すること。

停止 (スロープ降)

### 車椅子等支給に係る介護保険調査書

調査年月日	年	月	日
-------	---	---	---

氏 名	3000		男·女		年	月	日 生	歳
要介護状態			病名					)
	要 介 護 (支援)区分		認 定 年月日		年	月	目	
車椅子の名称(型式)				,				
	居住区分	1 在宅 3 その他 (	2 施設	(施設名				)
	同居者 (主たる介護 者に◎)							
	要介助	1 全介助	2 一部	介助〔				)
	の状態 [その他参考	(自立可能な日常	常生活動	作:				)
	「介難保险の	死製品の貸与又は施設	の備品の利	田の絵計をした結	里に其づ	き 貸与!!	日本かい理由	を記入〕
介護保険での車椅 子の貸与が出来な い理由又は施設の 備品の車椅子では 対応出来ない理由	こ刀 政体院の	かない ソロップ 入(は)他収	マン が出 ロマン 不り	ロッパ火 むっさ レル・滞日	小に盃り	CNATE	コ.水・なv・2生日・	C RL/VI
所属	000000000000000000000000000000000000000			氏名				

注1 本調査書は、介護支援専門員が記入すること。

注2 介護保険の認定を受けた在宅者又は介護保険施設入所者等で、障害者総合支援法により車椅子又は電動車椅子を申請する場合に提出すること。

(R元.6)

## 様式第2号の4 重度障害者用意思伝達装置調査書

調	査 年	月	日	年	月	日
市	町 🔻	村	名			
調	査 担	当	者			

氏			名						男女		年	三 月	日生	歳
		認定の	り有無	1 有 →	〔認定:	年	月	月)	〔要介護状	態区分:		)	2 無	
福祉サービス	介護保険	利用しサービス												
ス の 利	障	支援区	分認定	1 有 -	→ 〔認定	≝ :	年	月	月〕〔支	援区分	:	]2	2 無	***************************************
用状況	害者福祉	利 用 しサービン	ている Rの内容											
28.77	 	室の信用	1 奴 齢	1 有 -	→ [パソ	'コン・	ワーフ	゜ロ・携	帯用会話	補助装	置・そ	の他(		
,,,,	パソコン等の使用経験													
<b>辛田仁夫壮墨</b> の			1 有 -	→ 支給	・借用	・自	費購入	. 2	無					
意場操	意思伝達装置の操作経験				〔商品	品名:			)	〔年数:	左	Fくらい	)	
				〔入力	」装置⊄	種類	•			)				
				1 有 -	→ 〔商:	品名:			)			_	取扱業	業 者 名
試用	試用(デモ)実績					(H	年	月	∃~H	年	月			
				2 無 -	→予定 	(H	年	月	日 <b>~</b> H	年	月	F		
使	用	場	所	1 自宅		病院∙施					その			)
使 (該当	用 i するも	形 らのすべて	態 [に〇)	1 コミュ 3 インタ			会話・	・文書作	乍成 )		3子メー 1の環境		のコントロ	ール
<u></u> → F	1 の	使 用	時 間	約	時	間								
意 思	、伝 适	をの主な	相手											
主	たる	5 介言	隻 者											
保	守	点 検	き者											
			□固氮	定台				必	要	と	す	る	理	由
		する	□入力	り装置固定	具									
付	属 ∜	表 置	□ 呼(	び鈴										
•••••			□ 呼(	び鈴分岐装	置									
			□接点		***************************************			必	要	と	す	る	理	由
			一帯電	<u> </u>										
			付属	□ タッチョ										
				□ ピンタッチ式先端部										
必要	更と	する	日 館	L	<i></i>									
入:	力 賞	表 置	□ 筋'	電式										
入:	力 賞		□ 筋'	L										
入:	力 賞	表 置	□ 筋' □ 光' □ 呼	電式電式										
入:	力 賞	表 置	□ 筋 □ 光 <sup>*</sup> □ 呼:	電式 電式 気式(吸気		***************************************								

注:選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

※難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。

(H30.6)

### 様式第3号の1

## 補装具費支給要否意見書(殼構造義手)

氏		名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
住		所	
障	が	い名	
臣	因	となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
		· 外 傷 名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
切	折の部	部位・レベル	右 左 両側 極短 短 標準 長 極長 肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部
***************************************		断 端 長	сш
	断		骨端部の突出 1 あり 2 なし
		形状	浮 腫 1 あり 2 なし
			断端の形   1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他( )
	端		術創の状態 1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり → □癒着 □ドッグイヤー
障		皮 膚	瘢痕の有無 1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着 → □あり □なし
が	0		-般状態 1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → □正常 □異常 5 毛孔炎 → □あり □なし 6 その他の異常( )
			量 1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )
		皮下組織	硬 さ 1 普通 2 硬い 3 柔らかい
V)	状		その他 筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない
		た > ナ / / cc + 四 \	皮膚の色 1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ
の	血流(循環)		皮膚温 1 正常 2 高い 3 低い
	態	痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛
状		幻 肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性: )
			【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】
況		上肢関節機能	
	7	その他の所見	
		肩 義 手	1 普通用 2 肩甲胸郭間切断用
37		上腕義手	
必要			
要とす	1	前腕義手	
る義			1 差込式 2 キャップ式 3 スプリット式 4 有窓式
手		手 部 義 手	
		手 指 義 手	1 キャップ 2 部分ハンド 3 差込式
,	使用	効果見込	

	処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等
<del>]</del>	型 式	000000000000000000000000000000000000000	A 装飾用 B 作業用 C 能動式
5	処方部位		A 右 B 左 C 両側
	ソケット		A アルミニウム、セルロイド B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂
ソ	フトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D完成用部品(ライナー)
支	肩 部		
持	上腕部	000000000000000000000000000000000000000	A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部 (肩、上腕義手用)
部	前腕部		A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部 (前腕義手用)
義手	肩義手用		A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式
用ハ	上腕義手用		A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式 C 8字ハーネス一式
ーネス	前腕義手用		A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 8字ハーネス一式 C 9字ハーネス一式 D たわみ継手(一組) E 前方支持バンド F上腕カフ(三頭筋パッド)
外	肩部		
	上腕部		A 皮革 B プラスチック C 塗装
装	前腕部		
comonmon	肩継手	***************************************	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式
完	肘継手		A 硬性たわみ B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ D 倍動ヒンジ         E 能動単軸ブロック F 手動単軸ブロック(木製) G 作業用幹部式
成	手継手		A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式 E 作業用幹部式 F 手部コネクタ
用	手先具		A 能動ハンド B 能動フック C 装飾ハンド D 装飾手袋 E 作業用手先具
部	その他		A ケーブルセット B ハーネス部品 C フック用先ゴム D 断端袋(上腕用、前腕用) E ライナーロックアダプタ F ライナー
品	口供瓜は	部品名	期間が月
	□ 借受け	理由	
		上 記 のとおり f	F     月     日       医療機関名     所在地
			診 療 科 名 作成医師氏名

(H30.6)

#### 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。

なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。

- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5「借受け」を処方した場合は部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

### 様式第3号の2

## 補装具費支給要否意見書(殼構造義足)

氏			男 女 生年月日 年 月 日生 1	歳
住		所		
障	カ	い 名		***************************************
原	天 (	となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦	災
		外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他(	)
切牌	折の音	部位・レベル	右 左 両側 極短 短 標準 長 極長 股 大腿 膝 下腿 サイム 足	
		断端 長	cm (健常肢側の %)	***************************************
	断	000000000000000000000000000000000000000	骨端部の突出 1 あり 2 なし	
		形状	浮 腫 1 あり 2 なし	
			断端の形 1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他( )	
	端		術創の状態 1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→□癒着 □ドッグイヤー	
障		皮膚	瘢痕の有無 1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ □あり □なし	
		八 宵	- 般 状態 1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → □正常 □異常	
が	の		5 毛孔炎 → □あり □なし 6 その他の異常( )	
			量 1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )	
۷١		皮下組織	硬 さ 1 普通 2 硬い 3 柔らかい	
,			そ の 他 筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない	
	状		皮膚の色 1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ	
の		血流(循環)	皮 膚 温 1 正常 2 高い 3 低い	
			脈 動 1 あり 2 なし→□腸骨動脈 □大腿動脈 □膝窩動脈 □足背動脈	
状	態	痛み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛	
		幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性: )	
況	-		【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】	
		下肢関節機能		
		从内面内风记		
	7	その他の所見		
	Ì	C */   C *//   / U		
		股 義 足	1 受皿式 2 カナディアン式 3 片側骨盤切断用	
必		大 腿 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 □ 短断端切断用キップシャフト □ IRCソケ	ント
要と		膝 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 □ 大腿支柱付	
要とする義		下 腿 義 足	1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 □ TSB式 □ 大腿支柱付	
		果 義 足	1 差込式 2 有窓式	
足		足根中足義足	1 鋼板入り 2 足袋型	
,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		足指義足		
使	用す	効果見込		

	処	方	使 用 材 料 · 型 式 等
型	式		A 常用 B 作業用
処	方 部 位		A 右 B 左 C 両側
ソ	ケット		A 木製 B皮革 C アルミニウム、セルロイド D 熱硬化性樹脂 E 熱可塑性樹脂 □エアクッションソケット □ 二重ソケット □ カーボンストッキネット積層
У.	フトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン F 完成用部品 (※ライナーを使用するときシリコーンは加算できない)
支	股部		
持	大腿部		A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚(股、大腿義足用)
1.0	下腿部		A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚(下腿義足用)
部	足部		A 軟性発泡樹脂
懸垂	股義足用		A 懸垂帯一式
当 用 部	大腿義足用		A シレジアバンドー式 B 肩吊帯 C 腰ハント D 横吊帯 E 義足用股吊帯
品	下腿義足用		A 腰バンド B 横吊帯 C 大腿もも締め一式 D PTB膝カフ一式
外	股 部		
	大腿部		A 皮革 B プラスチック C 塗装
	下腿部		
装	足部		A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)
	股継手		A ヒンジ継手 B カナディアン式
完	膝継手		A ヒンジ継手 B 鉄脚 C ブロック継手
	□ <del>→</del> 17		A 固定足部 B 単軸足部 C 多軸足部 D SACH足部
成	足部		E ドリンガー足部 F 装飾足袋
用			A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D 断端袋(大腿用、下腿用)
/13	その他		E ライナーロックアダプタ F ライナー G ベルト付先ゴム
部	ての他		H SACH用アンクルブロック I 足先リアルソックス J 先ゴム K 踵ゴム
			L スプリングゴム M 前止金具 N サイム用ボルト
品	□ 借受け	部品名	期間が月
	口间又仍	理由	
		上記のとおりま	意見します。 E 月 日 医療機関名
			所 在 地
			診療科名
			作成医師氏名 印 (H30, 6)

(H30.6)

### 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
- なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。 4 無病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもってト記内谷を記入する
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

### 様式第3号の3

## 補装具費支給要否意見書(下肢装具·靴型装具·歩行器)

氏		名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
住		所	
障	が	い 名	
		よった - 傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災         疾病・外傷発生年月日       年 月 日 疾病・先天性・その他( )
······	運動	障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん
	知覚	障がい	7 運動失調 8 その他( ) 1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
	AR 3L	11+1/	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】
障	下	股関節	
が	肢	膝関節	
の	機	足関節 足 部	
状	能	歩行の 状 態	
況		支 機 能 全 機 能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】
	脚	長 差	1 なし 2 あり → cm
必	□短	下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし G 軟性 □ PTB免荷付き
要	口長	下肢装具	
と	□膝	装具	A 両側支柱 B 硬性 C スウェーデン式 D 軟性
す	□股	装具	A 両側支柱 B 硬性 C 軟性
る	□足	底装具	A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔
補	□靴	型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴
装	□歩	行 器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型
具		借受け	期間: か月 所見〔 〕
使月	用効り	界見込	

<ul> <li>処 方 部 位</li> <li>A 右 B 左 C 両側</li> <li>採型・採寸</li> <li>A 採型 B 採寸</li> <li>股 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動</li> <li>C プラスチック継手</li> <li>E 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動 C プラスチック継手</li> <li>E 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動 C プラスチック継手</li> <li>※ 適定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。</li> <li>※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。</li> <li>位 協力 対</li></ul>							
<ul> <li>股 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動</li> <li>C プラスチック継手</li> <li>E 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動</li> <li>C プラスチック継手</li> <li>E 継 手</li> <li>A 固定 B 遊動</li> <li>C プラスチック継手</li> <li>※ 適助継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。</li> <li>※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。</li> <li>位</li></ul>							
<ul> <li>藤 継 手</li></ul>							
ままします       A 固定 B 遊動 C プラスチック継手         ※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。         ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。         仙腸支持部 A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性 大腿支持部 A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式 A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 上骨支持式 A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 上骨支持式 B シールド → 1 大腿支持式、PTS支持式、KBM支持式 B → 2 モールド へ 2 禁軽・ 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド へ 3 乗車 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド へ 4 乗車 トルド へ 5 乗車 トルド へ 5 乗車 トルド へ 6 乗車 トルド へ 7 乗車 トルド へ 7 乗車 トルド へ 7 乗車 トルド へ 7 乗車 トルト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・							
手       ※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。         ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。         仙腸支持部       A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性         支       A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット         C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式         下腿支持部       C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 上骨支持式         正 モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 上骨支持式         A おぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)         B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴         A 膝サポーター (軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当 D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ							
<ul> <li>※ 適定継手は、継手のない文柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。</li> <li>※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。</li> <li>山腸支持部</li></ul>							
A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性							
支       A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット         C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式         A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット         C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式         □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式         A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)         B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴         A 膝サポーター (軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当         D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ							
大腿支持部       C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式         A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット         C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式         部       A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)         B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴         A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当 D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ							
##							
<ul> <li>下腿支持部</li> <li>C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂         □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式     </li> <li>A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板)         B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴     </li> <li>A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当         D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ     </li> </ul>							
部							
A あかみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部後い) 小(足底板)   B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴   A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当   D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ							
A 膝サポーター (軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当 D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ							
D ツイスター (軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ	 і Т						
その他の加算要素 G スタビライザー H ターンバックル I ダイヤルロック							
1							
J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用	])						
M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品							
股継手 A ロック式→ 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式							
A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輸止式 2 ストッパー							
成							
足 継 手	遊動式						
用 A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) →	1 一方向						
あ ぶ み 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ							
部 A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 そ の 他							
E 足板 F デニスプラウン	2. 0						
品 □ 借受け 部品名 期間 ■	か月 						
理由       製作方法     A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式							
旅							
##L 補 高 高さ cm A 敷き革式 B 靴の補高							
型 ヒールの補正 A トルクヒール B ウェッシ・・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒ F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フルアー・ヒール I 階段状ヒール	.—//						
は A 内側ソールウェッシ B 外側ソールウェッシ C デンバー・バー D メイトー・半月	パー						
足底の補正 E メタタルサ'ル・ハ'ー F ハウサ'ー・ハ'ー G ロッカー・ハ'ー H 蝶型踏み返し							
具 付属品等 A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿	入						
E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)							
上記のとおり意見します。							
年 月 日							
医療機関名 所 在 地							
診療科名							
作成医師氏名    印							
【記入上の留意事項】							

1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。

- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に〇またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。 (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体 の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。

## 補装具費支給要否意見書(上肢装具)

氏	名		男女	生年月日				年	月	日生	歳
住	所										
障	が い 名										
	因 と な っ た 病 ・ 外 傷 名	疾病·外傷発生年月日	年	月	F		労災・ 先天性				傷・戦災)
障が	がいの状況	【上肢の全般的な機能状態、装着音	部位の可!	動性、筋力、図	変形等(	の状態を	·····································		:1		
必	□肩装り	A 金属枠 B 硬性 →	1 不燃	性セルロイト	· 2	皮革	3 プラ	スチ	ック		
	□ 肘 装 ∮	A 両側支柱 B 硬性 →	1 不燃	性セルロイト	* 2	皮革	3 プラ	スチ	ック	C 軟	性
要	□手背屈装身	A バネル型 B トーマス型 D 硬性 →1 不燃性セルロ					7				
と	□長対立装り										
す	□短対立装身	1									
	□把持装∮	A 手関節駆動式 B ハー	- ネス駆!	動式							
る	□ MP屈曲装身										
装	□ MP伸展装具	A バネル型 B プラスチ <sub>ッ</sub>	ック C	軟性							
具	□指 装 ∮	A 指用ナックルベンダー	B 指用	逆ナックルー	ベンダ	`-					
	□ B. F. O										
佢	吏用効果見込		<b></b>								

	処			方		使	用	材	料	•	型	式	等	
h	D. 方 部	/- <u>!-</u> :	右	左 両										
χ	心 方 部	11/.	(	)指										
ŧ	采 型 · 捋	计			A 採	型 B	採寸							
	胸郭支	特部			ΑŦ	ールド(	熱可塑作	生樹脂)	Βフレ	ーム				
支	骨盤支	特部			ΑŦ	ールド(	熱可塑性	生樹脂)	Βフレ	ーム				
持	上腕支	<b>诗部</b>			A 半.	月 B	皮革等 -	→ 1 カフ <i>י</i>	バンド 2 上	腕コルセット	С	モールド(熱	可塑性樹脂	旨)
村	前腕支	特部			A 半.	月 B	皮革等 -	→ 1 カフ <i>י</i>	バンバ 2 前	腕コルセット	С	モールド(熱	可塑性樹脂	旨)
部	手部背側	パット゛			ΑŦ	ールド	Вフロ	ノーム						
	手掌パ	ッド			Αŧ	ールド	Вフロ	ノーム						
	肩 継	手			A 固	定 B	遊動	C 肩回	回旋装置					
	肘 継	手			A 固	定 B	遊動	C プラ	スチック総	手				
継	手 継	手			A 固	定 B	遊動	C プラ	スチック継	手 D	鋼線	支柱		
	ΜРৠ	善 手			A 固	定 B	遊動							
手	I P 継	手			A 固	定 → 1	金属(ア/	レミニウム) 2	・モールト (熱	可塑性樹	脂)	B 遊動	C 鋼線支	柱
	※ 固定継	手は、継	手のない	、支柱を使用っ	-る場合に	このみ用い	<b>'</b> ることが <sup>-</sup>	できる。						
	※ 遊動継	手は、継	手のある	支柱を使用す	る場合に	のみ用い	ることがて	でき、固定・	遊動切替式	弋を含む。				
	000000000000000000000000000000000000000				A 基	節骨パ	ッド →	モールト゛フレ	⁄-Д В	中・末節	i骨パ	ッド → モ	ールト゛フレーム	4
,	. F	ь	***************************************		C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助バネ									
1	寸 属	品			G 肘	当て	H ター	ンバック	ルIタ	イヤルロ	1ック			
			***************************************		J内	引張り →	・ 上腕部	前腕部	手部 K	懸垂帯	ŕ			
	肩 継	手			•									
完	肘 継	手												
成用	把持装具	用部品												
部	指用装具用	用部品												
品	□ 借受け	部品名										其	別間	か月
	□ 信文()	理由												
		上記(	のとお	り意見し	ます。									
					日									
					療機									
				所診	在	地 科 名								
					成医師							印		

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
- (3)その他参考となる事項
- 5「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

## 補装具費支給要否意見書(体幹装具)

氏 名		男 女 生年月日	年 月 日生 歳
住所			
障がい名			
原因となった疾病・外傷名	疾病·外傷発生年月日	年 月 日	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他( )
障 が い の 状 況	【歩行の状態、体幹の可動性、筋力	、変形、痛み等の状態を記	E入すること】
必 □ 頸 椎 装 具	A 金属枠 B 硬性 $\rightarrow$ 1 C カラー $\rightarrow$ 1 あご受けあり		皮革 3 プラスチック
要 □ 胸 椎 装 具	A 金属枠 B 硬性 → 1	不燃性セルロイド 2	皮革 3 プラスチック C 軟性
す □ 腰 椎 装 具	A 金属枠 B 硬性 → 1	不燃性セルロイド 2	皮革 3 プラスチック C 軟性
る □ 仙 腸 装 具		不燃性セルロイド 2 1 芯あり 2 芯なし	皮革 3 プラスチック
装 □ 側彎矯正装具	A ミルウォーキーブレイス 2 硬性 → □ 不燃性セル 3 軟性(帯状のものを含む)	ルロイド □ 皮革 □	
使用効果見込			

	処		方		使	用	材	料	•	型	式	等	
	採型・採っ	十	000000000000000000000000000000000000000	ΑÞ	系型 B	採寸							
支	頸椎支持	寺部			ールド(素 プラー → 1					支柱なし	В フレ-	ーム	
	胸椎支持	寺部		A Ŧ	ニールド (素	热可塑性	樹脂)-	→ 1 支柱作	ナき 2	支柱なし	B フレー	-Д C	軟性
持	腰椎支持	寺部	<u> </u>	ΑŦ	ールド (素	热可塑性	樹脂)-	• 1 支柱作	†き 2	支柱なし	В フレー	-Д C	軟性
部	仙腸支持	寺部			ルド(素     盤帯 →				けき 2	支柱なし	B フレー	-Д C	軟性
	骨盤支持	寺部	***************************************	A 戌	マ革(補強	材を含む	) B	モールド	(熱可	塑性樹脂	≦) へ°ルヒ゛ッ	クカ゛ート゛	゛ル
付	体幹装身	具用			らお調節 アンド						D バタフ	ライ	***************************************
属	側彎矯正對	表具用		Еア	列椎パッド ウトリガー ネックリンク	F前	i方支柱	G 後	方支柱	H (	D 腋窩 則方支柱	パッド	
_	内 張	ŋ		A 勁	頁椎 支持音	ß B A	匈椎支持	f部 C	腰椎3	を持部	D 仙腸5	支持部	
品	※ 高さ調整	整は、頸	准装具についてのみ加	算するこ	ことができる。	)							
	※ バタフラ	うくについ	ては、モールド又はフ	レームの	場合にのみ	ケ加えるこ	とができる	) <sub>o</sub>					
完成用部	<u>部</u>	<u>名</u>											
品		 部品名			***************************************	***************************************				***************************************	期間		か月
	□ 借受け	理由											
		上記(	所 診	形 療 機 在 療	関 名						印		

(H30.6)

### 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 無柄患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもってト記内浴を記入すること
- (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

## 補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

氏	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
住	所	
障	が い 名	
原因	となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
疾 病	• 外 傷 名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
200000000000000000000000000000000000000	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん
	是到岸//·V·	7 運動失調 8 その他( )
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
	10000	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】
	***************************************	
	u0000000000000000000000000000000000000	
	000000000000000000000000000000000000000	
	体 幹 機 能	
障	000000000000000000000000000000000000000	座 位 保 持 1 不可 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)
	000000000000000000000000000000000000000	
が	***************************************	立 位 保 持 1 不可 2 支持があると可( 時間・分) 3 自力にて可( 時間・分)
		立 ち 上 が る 1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可 【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
V	***************************************	「内国の「到川」、加力、久ルサンの原と同人すること
	下肢機能	
の	0000	
状	歩行の状態	
		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
況	***************************************	
	上肢機能	
	***************************************	
		1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可
	車椅子の操作	※ 自走可の場合 → 操作方法{ 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
	***************************************	車椅子への移乗 1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助
	褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし
	臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり
使	用効果見込	

	処	方 内 容
採	型採寸区分	採型 1 頭·頸部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤·大腿部
及	び処方部位	採寸 1 頭·頸部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤·大腿部 5 下腿·足部
	頭 部	1 頭部支え
支	上 肢	1 上肢支え 2 前腕·手部支え
持	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型
部	骨盤大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型
	下 腿 部	1 下腿支之
支の	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部
持連	遊動	1 腰部 2 膝部 3 足部
部結	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式
		1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式:
		4 完成 □ 借受け 期間 か月 か月
構レ造し	使用材料	用
フム		※ 構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用する場合は、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書 (座位保持装置(車椅子フレーム処方用))」又は「補装具費支給要否意見書(座位 保持装置(電動車椅子フレーム処方用))」を添付すること。
	付加機能	1 ティルト機構 3 昇降機構
	カットアウトテーブル	1 標準 2 表面クッション張り
	上肢保持部品	1 アームレスト 2 肘パッド 3 縦型グリップ 4 横型グリップ
,,	体幹保持部品	1 肩パッド 2 胸パッド 3 胸受けロール 4 体幹パッド 5 腰部パッド
付	骨盤保持部品	1 骨盤パッド 2 臀部パッド
	下肢保持部品	1 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド
属	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト 4 胸ベルト 5 骨盤ベルト 6 股ベルト 7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト
	支持部カバー	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部 □ 脱着式(
品	内 張 り	1 アームレスト 2 テーブル
	体圧分散補助素材	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部
	キャスター	1 標準 2 多機能キャスター
	その他	1 介助用グリップ 2 ストッパー 3 高さ調整用台座
	高さ調節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部支持部 5 アームレスト
調	前後調節	1 頭部支持部 2 骨盤·大腿支持部 3 足部支持部
整機	角度調節	1 頭部支持部 2 テーブル
構	脱着機構	1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームレスト 5 内転防止パッド
	開閉機構	1 アームレスト 2 足部支持部
完成	<u>部 品 名</u>	
用	部品名	期間が月
部品	□ 借受け 理由	PIIRK
	<u>.</u> 上記のと	
		年 月 日
		医療機 関名
		所 在 地
		診療科名
		作成 医師 氏名 印

### 【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。

なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。

- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状

(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項

5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(全ての完成用部品)又は身体の 成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(完成用部品:構造フレームのみ)を記入すること。

#### 様式第3号の6の別紙

補	装具 强	費支給要否意	意見書(座	位保持装置(耳	巨椅子フレー.	ム処方用))		氏	名			
***********		処	***************************************	方		***************************************	内			容		
		□ 普 通	型									
		□ 手動リフ	ト式 ※リ	フト式の使用で車椅	子の乗降が自力で	で可能となる者						
	型	□ 前方大車	輪型 ※ 原	<b>育関節等に運動制限</b>	・筋力低下等があ	り、普通型では	十分な駆動	力を得る	ことができ	きない者		
	式	□片手駆動	助型 ※ タ	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者								
必要		□ レバー駆	動型 ※ 爿	片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者								
と		□ 手 押 し	型 1 /	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)								
する車椅		□ リクライニン	グ式 🗌 匹	髄損傷者で低血。 肢・体幹機能障が 関節拘縮や強直	いにより運動制							
子	仕	□ ティルトコ	大 脳性麻 困難な		性疾患等による匹	旧肢麻痺や、関係	節拘縮等によ	り座位係	持が困	難な者であって、自立姿勢変換が		
	様	□ オーダーメ		格・体型がJIS規 がい者の身体状								
		□ レディメイト	<b>ж</b> јі:	S規格の既製品で	対応可能な者							
7	7	· –	ム 1 シ	ングルブレース	2 ダブルブレ		質】→ 鉄	軽合	·金 ブ	マテンレス		
馬	<u>x</u>	動	輪【径】	20 22	24 インチ				***************************************			
+	- +	・スタ、	- 【径】	5 6	7 インチ							
.3	77	サポート	1 固定:	こ 2 延長バック	7サポート 3	張り調整式	3 高さ調	整式	4 背			
	ツク	y r	5 背座間	引角度調整 6 -	ヘッドサポート〜	ヾース(枕を含	む) 7 🤻	沈(オ	ーダー	・レディ)		
		対象者例	<b>※</b> 2 → (	体幹の筋力低下	こより背当ての延	長が必要な者	② リクライ	ニング、	ティルト杉	後構のため必要とする者		
		A13K-19 [7]	<b>※</b> 4 → †	背当てが高く、自動車	重のトランク等への!	収納が頻繁にあ	る者					
7	/	ムサポート	1 固定:	て 2 デスク型	3 高さ角度調	開整式 4	高さ調整式	5 角	度調整	经式		
6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)										<b>両</b> )		
※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する								要する	Í			
	※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘右											
L	ソック	*サポ <i>ー</i> ト		2 脱着式				1・脱着	式			
		<b>社会学局</b>		足こぎが主な操作 膝関節の屈曲制限		移乗動作時に	必要な者					
		対象者例		除興即の出田制修 多乗動作時に必要な								
-	フット	↓ ・サポート		3 角度調整	整 ( 片・ii		4 4 左右	調整(片・両)				
		/				~~~~~~	~~~~~	************		長用ブレーキアーム		
			<b>%</b> 3 → (	) 普通型車椅子を値	吏用する者の自走	能力が低下した	こと等により	必要とす	る場合			
		対象者例		② 手押し型車椅子 <sup>~</sup> 手押し型車椅子に取			確保を図る7	こめに必	要とする	場合		
1	、ン	ドリム	1 標準:	こ 2 ノブ付→	□水平 □垂直	近 □握り 3	3 滑り止め	ハンドリ	ム(:	右・左・両)		
		対象者例		上肢の筋力低下や手 ヘンドリムを握って自え								
	П	シートベルト	·	をベルト 2 胸へ				111 / 111 - /	)			
		□ クッション				□ フローテ		ッド				
付	クッ	ー ポリエステル繊糸	隹、ウレタンフォーム	等の多層構造及び立	体編物構造のもの	一 背クッショ	シ					
1.3	シ	_ □ ゲルとウレ	タンフォール	の組合せのもの		□ 特殊形状	(クッション)	(骨盤・	大腿部	サポート)		
	3	□ バルブを開	閉するだけ	で空気量を調節	するもの	□ クッション	カバー(防	水加工	を施した	<b>たもの</b> )		
	ン	□ 特殊な空気	気室構造の	<b>b</b> の		□ クッション	滑り止め					
		テーブル	***************************************	□ スポークカバ	ー(右・左・両)			オーダ・	ーメイド	の寸法		
		ステッキホルダー		□ 屋外用キャスク	ター(エアー式等)		(	)°				
属		携帯用会話補助	装置搭載台	□ 人工呼吸器排	苔載台		( )	6				
		酸素ボンベ固定	装置	□ 点滴ポール			1	(	)			
		栄養パック取付月	月ガートル架	□ 泥よけ(右・右	三•両)	( , )						
		車載時固定用フ	ック	□ 痰吸引器搭載	<b></b>	( 11)/	( +	) (	)			
		転倒防止装置(キ	ャスター無・キャ	 ・スター付き折りたたみ	式)	1-	0					
品		ノーパンクタイヤ		□幅止め		※ティッレ	ピングー	- (	)	→    - ( )   ※車輪とハンドリムの距離		
нн		大車輪脱着ハブ		□ 高さ調整式手	=押しハンドル	1	バンパー長	( )		( )		
		その他(			· .							
		l			J							

(H30.6)

- 【記入上の留意事項】
  1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
  2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
  3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
  4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

### 様式第3号の6の別紙

補	装具	費支給要否意	意見書(四	至位保持装置	置(電動車椅子フ	'レーム処方用))	氏 名			
		3	処		方	内		容		
	Tru .	□ 普 通	型 🗆	4.5km/H	☐ 6km/H					
必	型式	簡易型		切替式 アシスト式	が著しく困 ○ アシストュ		、手動による自			
要と		□ リクライニン	グ式 □ Ⅰ		章がいにより運動制限が	く、随時に仰臥姿勢をとる必要か 著明で、座位を長時間保持でき				
する	仕	□ 電動リクラッ ング式	イニ 【支糸		リクライニング式の要 作が可能ととなる者		子を使うことに	こより、自力でのリクライニン		
電		□ ティルト式	支 【支約		麻痺、頸髄損傷、進 であって、自立姿勢		戸や、関節拘	縮等により座位保持が困難		
動		□ 電動ティル	小式【支紅		ティルト式の要件を清 なる者	満たし、この電動車椅子を使	ごうことにより、	、自力でのティルト操作が可		
車		【支給要件】手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要 とすると認められる場合は、支給対象とする。								
子	様	□ オーダー/			S規格の既製品では 体状況に個別に対応	は適合しないため ごすることが必要なため				
		□ レディメイ	ド <mark>※</mark> J	IS規格の既製	!品で対応可能な者					
,	ミック	ゥ ナポ ート	1 固定	式 2 延長	3 張り調整式	4 ヘッドサポートベース(t	沈を含む)	5 枕(オーダー・レディ)		
		対象者例	<b>※</b> 2 →	① 体幹の筋力	低下により、背当ての延	延長が必要な者 ② リクライニ	ング、ティルト	機構のため必要とする者		
7	r — 1	ムサポート	1 固定	式 2 デスク	7型 3 高さ角度調	問整式 4 高さ調整式	5 角度調整	を式 6 跳ね上げ式		
′		-, / //. 1	7 脱着	式 8 拡幅(	左・右・両) 9	9延長(左・右・両)				
		対象者例	<b></b>			アームサポートの高さ調整を要	する者			
***************************************						付掛けでは移乗が困難な者				
		サポート	1 固定							
	T	・サポート	<del> </del>			3 角度調整(片・両)		調整		
		シートベルト	1 腰ベ	ルト 2 胸へ	ジルト 3 股ベルト		)			
	ク	□ クッション □ ポルマラッチ	# h.h.a.	, 炊の夕豆排火	及び立体編物構造のもの	□ フローテーションパッド □ 315 な x x x				
付	ツ	□ ゲルとウレ				<ul><li>□ 育クツンヨン</li><li>□ 特殊形状クッション(骨</li></ul>	- 原理 - 十二 昨日 - サアコ	바-+º. 1\		
	ショ	□ グルごグレ			_	□ クッションカバー(防水				
	ン	□ 特殊な空気		,		□ クッション滑り止め	//pユ-こ/jiE () //	C(00)		
			X(主)押坦V		h+ ( (+ + =)					
		テーブル ステッキホルダ	_		クカバー(右・左・両) キャスター(エアー式等)	オーダーメイドの寸	法	駆動輪径( 吋) キャスター径( 吋)		
属		携帯用会話補助			F吸器搭載台		)°	(())		
		酸素ボンベ固		· □ 八工・ □ 点滴オ		1	_			
		栄養パック取付月			(右・左・両)		)			
		車載時固定用			  器搭載台		+			
		転倒防止装置					( )			
		クライマーセッ	<u>۲</u>	□ フロン	トサブホイール	*ディッピング		-( )-		
品		ノーパンクタイ	ヤ	□ 幅止ぬ	)	**ディッピング レバー長 **フットバンバー長 (	-( )	※車輪とハンドリムの距離		
		大車輪脱着ハ	ブ	□ 高さ調	整式手押しハンドル		1	(     1)		
		その他				,				

### 【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

### 補装具費支給要否意見書(車椅子)

j	£	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
1	È	所	
ß	章	が い名	
Jī.	·····································	因となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
		病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
			1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん
	ï	運動障がい	7 運動失調 8 その他( )
	5	印覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
阵			【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
障			
	-	下 肢 機 能	
が			
い			
	Ž	歩行の状態	
の		· 位	
		立 位 保 持	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分)3 不可 1 自力にて可( 時間・分) 2 支持があると可( 時間・分) 3 不可
状		立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可
			【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
況		I tile IVV. No	
	-	上 肢 機 能	
	衤	<b>唇瘡の有無</b>	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし
	1	野部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり
操 作	Ī	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可
能		車椅子への移乗	<ul><li>※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }</li><li>1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助</li></ul>
力 等		印的能力等	1 正常 2 知能低下等あり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり
		□ 普 通 型	
		□ 手動リフトコ	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者
	型	□ 前方大車輪雪	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
必	式	□片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者
要と		□ レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者
す		□手押し雪	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)
る車椅っ		□ リクライニング封	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため
子	仕	□ティルトコ	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等
	様	□ オーダーメイ	□ 休核・休刑がIIS相核の評製品でけ適合したいため
		□ レディメイト	※ JIS規格の既製品で対応可能な者
使	用	効 果 見 ど	

フレーム       1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス         駆動輪       【径】 20 22 24 インチ         キャスター【径】 5 6 7 インチ         バックサポート       1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レングライニング、ティルト機構のため必※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者         アームサポート       1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者         レッグサポート       1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式	し機構 ンディ) 要とする者
キャスター       【径】 5 6 7 インチ         バックサポート       1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レ ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者         アームサポート       1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	ノディ ) 要とする者
バックサポート       1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レ ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者         アームサポート       1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	ノディ ) 要とする者
バックサポート       5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レ         **2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者         アームサポート       1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) **3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 **5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	ノディ ) 要とする者
5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・L 対象者例 ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者 1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	要とする者
対象者例 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者  アームサポート 1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)    ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者   ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	Ċ
※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者	
7	
6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	
対象者例 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	
※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	
レッグサポート 1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式	
※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者	
対象者例 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者	
※5 → 移乗動作時に必要な者	
フットサポート 1 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(オ	占・左・両)
ブ レ ー キ 1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレ	/ーキアーム
※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 対象者例 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合	<u> </u>
※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合	
ハンドリム 1 標準式 2 ノブ付→ □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム (右	・ 左 ・ 両 )
対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。	2
□ シートベルト 1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )	
□ クッション □ フローテーションパッド	
付 ツ は *リエステル繊維、ウレケンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの	
シ □ ゲルとウレタンフォームの組合せのもの □ 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポー	ート)
	))
□ 特殊な空気室構造のもの □ クッション滑り止め	
□ テーブル □ スポークカバー(右・左・両)	
□ ステッキホルダー □ 屋外用キャスター(エアー式等)	
属 □ 携帯用会話補助装置搭載台 □ 人工呼吸器搭載台	
□ 酸素ボンベ固定装置 □ 点滴ポール	
□ 栄養パック取付用ガートル架 □ 泥よけ(右・左・両)	
□ 車載時固定用フック □ 痰吸引器搭載台	
□ 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)	
□ ノーパンクタイヤ □ 幅止め	
品	
□ その他 ※フットバンパー長 ( )	
上記のとおり意見します。	
年 月 日	
医療機関名	
所 在 地	
診療科名 ※車輪とハンドリムの距離	
作成医師氏名	

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。 4 無病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもってト記内容を記入すること
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

### 補装具費支給要否意見書(車椅子) 心臓機能障がい者用

	£	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
	È	所	
	上 章	がい名	
г	<del>T</del>	77· V 1	TO THE SHALL BELLE BLOCK
		因 と な っ た 雨 ・ 外 傷 名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 - 疾病・外傷発生年日日 年 日 日 疾病・先天性・その他( )
			7/17/18/12   7/1
			<u></u> <u></u> <u></u> <u></u> <u> </u>
		000000000000000000000000000000000000000	
障			
	i	<b>心臓機能につい</b>	胸部X線写真所見(年月日) 心電図所見(年月日)
が		い臓機能について の 所 見	2 2
		000000000000000000000000000000000000000	
い			
		000000000000000000000000000000000000000	
の			
			心胸比:( )%
状	ļ	歩行についての	
		所 見	
況			
		社会生活につい て の 所 見	
	4	その他の所見	
)			1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可
操作	Ī	車椅子の操作	** 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
能力		車椅子への移乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助
等	5	印的能力等	1 正常 2 知能低下等あり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり
		□ 普 通 型	
	TÉ I	□ 手動リフト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者
		□ 前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
必要	式	□ 片手駆動型 □ レバー駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者 ※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者
ととす		口手押し型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)
ッる 車			□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため
椅		□ リクライニング式	□ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため
子	仕	□ ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者 であって、自立姿勢変換が困難な者等
	様	□ オーダーメイド	□ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため
		□ レディメイド	□ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため ※ JIS規格の既製品で対応可能な者
ļ			77 9-7011 - 2094H 87770 TID W B
使	用	効 果 見 込	

				処		力	Î		内			容	
-	フ	レー	Д	1 シング	ルブレーン	× 2	ダブルブレ	ース	【材 質	]→ 鉄	軽合金	ステンレス	
Į	駆	動	輪	【径】	20 22	24	インチ						
3	+ -	ヤスタ	_	【径】	5 6	7	インチ						
١,	バッ	クサポ	— k	1 固定式	2 延	長バッ	クサポート	3 張	り調整式	3 高	さ調整式	4 背折れ機構	
		, , N		5 背座間	月角度調整	£ 6	ヘッドサポ	ートベー	-ス(枕を	含む)	7 枕(>	ナーダー・レディ	)
		対象	<b>老</b> 例	<b>※</b> 2 → ①	体幹の筋力	低下に	より背当ての延	長が必要	要な者 ②	リクライニ	ング、ティル	ト機構のため必要とする	る者
		7,150	H // 1	<b>※</b> 4 → ‡	※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者								
-	アー	・ムサポ	<b>-</b>	1 固定式	2 デ	スク型	3 高さ角	度調整	<b>空式</b> 4	高さ調整	式 5	角度調整式	
				6 跳ね」	<u>:</u> げ式 7	脱着	式 8 拡幅	[(左	・右・両	j) 9	延長(左	・右・両)	
		対象	者例	<b>%</b> 3⋅4 →	上肢筋力	低下、「	可動域制限等	によりア	ームサポー	トの高さ誌	周整を要する	5者	
				<b>※</b> 5•6 →	上肢の障	がな	ごにより、固定	式の肘排	けでは移	乗が困難	な者 		
Į	ノツ	グサポ	ート	1 固定式	た 2 脱	着式	3 挙上式	4	開閉挙上	式 5	開閉·脱和	<b></b> 手式	
				<b>※</b> 2 → ①	) 足こぎが	主な操	作手段の者	2 移	乗動作時に	こ必要なれ	<b></b>		
		対象	者例	<b>%</b> 3⋅4 →	膝関節の	屈曲制	限がある者						
	***************************************		***************************************	<b>※</b> 5 → ₹	多乗動作時	こ必要を	な者						
	フツ	トサポ	ート	1 調整無	2 前後	<b>後調整</b>	(右・左・両	) 3	角度調整	(右・左・	両) 4	左右調整(右·左·	・ 両 )
5	ブ	レー	キ	1 レバー	式 2 1/2	ブル式	3 キャリパ	ーブレ	ーキ 4	フットブレ	/ーキ 5	延長用ブレーキ	アーム
			br. /m!				使用する者の で 介護者の					する場合 必要とする場合	
		対象者	<b></b>				なり付ける必要			ツル田木で	<b>囚の/こめ/に</b>	心安とする物 ロ	
	···	レドリ	λ.	1 標準式						9 海N	止めハント	ジム(右・左	• ਜ਼ \
		対象							-			めが必要な者。	FF] /
		シート					ト 3 股ベ				X )(=1H ) II.	)	
	H			1 //女、*/*	~ I. ∠ /Ji	n. 1/2	1. 9 JX.		フローテ		パッド	/	
	ク	1		ウレタンフォーム等の	0多屬權浩及	(ドウ体質	扁物構造のもの		ずクッシ:		/ 1/1		
付	/			アンフォーム			m 12/11/22/2/07				`/(骨般•	大腿部サポート)	
	3	1-					するもの					た施したもの)	
	ン	1		(室構造のも		조 바비 또 1	7 200		クッション			· Z.)匠 C / C (0 v ) /	
	П	テーブル		(王)()(	~~~~~	クカバ	(右・左・両)		// 2 4	IH / IL.V.			
	-	ステッキス		***************************************	<del> </del>	*****************	マー(エアー式等				(	( )°	
P				装置搭載台							( )	6	
属	-	酸素ボン			□ 八玉	***************************************	1 4% II		_			( )	
	-			ガートル架			・両)		(	)		1	
	-	車載時固			□ 痰吸引			-	, -	11/			
	-			ヤスター無・キャ	£==				(	. /			
	-	ノーパンク			□幅止ぬ					1-	0		
品		大車輪脱		***************************************	{		押しハンドル			※ティット レノ	ピング 一	- ( )	
НΠ		その他		***************************************	£						ベンパー長	( )	
								) l		m / / I'	K	,	
		L						J					
Ŧ	:記(	のとおり意	ま見しま	す。								-	
		在	. 月	B									
		'	>1	н									
	医	療機関	名										
	류드	#	<del>1</del> 411										
	ľΊ	在	쁘								-	1	
	診	療 科	名							※車	.  - 輪とハンド	リムの距離	
										m-4-		( )	
	作	成医師氏	:名				印						

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に〇またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

## 補装具費支給要否意見書(車椅子) 呼吸器機能障がい者用

E	氏 名		男 女 生年月日 年 月 日生 歳
信	È	所	
隨	 章	がい名	
E	 i F	因となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
		病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
			現在の活動能力の程度
			胸部X線写真所見( 年 月 日)
障			ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)
			イ 気 腫 化 (無・軽度・中等度・高度) ウ 線 維 化 (無・軽度・中等度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)
が			オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)
	П	呼吸器機能につ	
V)		ハての所見	<ul><li>心胸比:( )%</li><li>換気の機能( 年 月 日)</li></ul>
の			ア 予測肺活量     ml       イ 1秒量     ml       ウ 予測肺活量1秒率     % (=イ/ア × 100)
			動脈血ガス (年 月 日)
JIN			
状			ア O 2 分圧 :       Torr         イ C O 2 分圧 :       Torr         ウ p H :       ************************************
			エ 採血より分析までに時間を要した場合時間分 オ 耳染血を用いた場合: [ ]
況			
	_	歩行についての 所 見	
		社会生活につい て の 所 見	
		その他の所見	
操		***************************************	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可
作	Ī	車椅子の操作	※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
能力		車椅子への移乗	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助
等	5	知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
		□普 通 型	
	型	<ul><li>□ 手動リフト式</li><li>□ 前方大車輪型</li></ul>	
		□ 前方大車輪型	
要	式	<ul><li>□ /</li></ul>	
くとす		□手押し型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)
る車椅		□ リクライニング式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため
子	仕	□ティルト式	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	様	□ オーダーメイド	□ 休枚・休刑がIIS担格の野製品では適合しないため
		□ レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者
使	用	効 果 見 込	

		処		方	内容				
-	フレーム		`ルブレース						
>00000000000	駆動輪	「 【径】	20 22	24 インチ	- 10 M W THE ////				
	キャスター	【径】	5 6	7 インチ					
3000000000		<b></b>			3 距n調敷式 3 直対調敷式 1 背折れ機構				
/	バックサポート		1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レディ)						
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	<b></b>			長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者				
	対象者例	ļ			への収納が頻繁にある者				
		<b> </b>			度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式				
7	アームサポート	B			[(左・右・両) 9 延長(左・右・両)				
		<b></b>			によりアームサポートの高さ調整を要する者				
	対象者例	<b></b>			式の肘掛けでは移乗が困難な者				
	レッグサポート	ļ			4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式				
1	レックリホート								
	41 42 77 FI	ļ			② 移乗動作時に必要な者				
	対象者例			曲制限がある者					
		ļ	多乗動作時に						
	フットサポート	<b>!</b>			) 3 角度調整(右·左·両) 4 左右調整(右·左·両)				
7	ブレーキ				ーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム				
	対象者例				自走能力が低下したこと等により必要とする場合 負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合				
	N ※ 自 例	<b> </b>	② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合  ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合						
	ハンドリム	<b> </b>			1垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム (右・左・両)				
	対象者例	İ			困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。				
	シートベルト	<b></b>			ルト 4 その他 ( )				
	□ クッション	1 - //2		7-1 3 72	□ フローテーションパッド				
ļ,,	ク	ウルタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの 14クッション							
付	シロゲルとウレ				□ 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)				
				調節するもの	□ クッションカバー(防水加工を施したもの)				
	ン □ 特殊な空気				□ クッション滑り止め				
	□ トラーブル	(上所近*/	1	カバー(右・左・両)					
	□ ノー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		}	ヤスター(エアー式等	( )°				
	□ 携帯用会話補助		<del> </del>		( ) +=				
属	□ 勝帯が云記補助□ 酸素ボンベ固定		<ul><li>□ 八工庁ッ</li><li>□ 点滴ポー</li></ul>						
	□ 栄養パック取付用								
			□ 灰吸引器						
	□ 車載時固定用ファ □ 転倒防止装置(キ		<u> </u>	***************************************	( )/ ( • )) (				
	□ 野田の工表直(1	1/1/ # 17	幅止め	<i>∟1∟°アナ</i> ₩					
	<ul><li>□ ノーハンクタイヤ</li><li>□ 大車輪脱着ハブ</li></ul>		<del> </del>	さえ手押しハンドル					
品	□ 大単軸脱有ハノ		□ 田で明笠	ミナイエコトウィントント	※ディッピング ―― ( )				
					※フットバンバー長 ( )				
上記のとおり意見します。									
	.,,_	=							
	年 月	日							
	医療機関名								
	所 在 地								
	診療科名								
					※車輪とハンドリムの距離				
	作成医師氏名			印	(				
L									
	コールの図辛寅酉				(1100.00)				

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

### 補装具費支給要否意見書(車椅子) 平衡機能障がい者用

			而级人类人相关自己为自(平内)
E	£	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
ſ	È	所	
ßį	章	が い名	
F	Ŧ [	因となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
		病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
障がいの		平衡機能につい て の 所 見	
		上行についての	
状	社会生活につい		
況			
	Ä	その他の所見	
操作	Ī	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可
能		ませて の扱表	※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
力等		車椅子への移乗 田 的 能 力 等	1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助 1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
		口普 通 型	1 正冊 2 和比欧(号907)(
***************************************		<ul><li>□ 1 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·</li></ul>	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者
***************************************	型	□ 前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者
必	式	□ 片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者
要		□ レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者
とす		□手押し型	1 A (大車輪のあろもの) 2 B (小車輪だけのもの)
る車椅		□ リクライニング式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため □ 股関節拘縮や強直があるため
子	仕	□ ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者 であって、自立姿勢変換が困難な者等
	様	□ オーダーメイド	□ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため □ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため
		□ レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者
使	用	効 果 見 込	

***************************************	処 方 内 容						
フレーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス						
駆 動 輪	【径】 20 22 24 インチ						
キャスター	【径】 5 6 7 インチ						
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構						
g	5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)						
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者						
	※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者						
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式						
g.com.com.com.com.com.com.com.com.com.com	6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)						
対象者例	※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者						
	※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者						
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉拳上式 5 開閉·脱着式						
	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者						
対象者例	※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者						
	※5 → 移乗動作時に必要な者						
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整 (右・左・両) 3 角度調整 (右・左・両) 4 左右調整 (右・左・両)						
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム						
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合						
/	<ul> <li>② 手押し型単向すで、介護者の負担軽減と女主性の確保を図るにめに必要とする場合</li> <li>※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合</li> </ul>						
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付→ □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム (右・左・両)						
対象者例	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。						
シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )						
□ クッション	□ フローテーションパッド						
ク □ ポリエステル繊維、	かタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの □ 背クツション						
['*] ] .	タンフォームの組合せのもの □ 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)						
ョ 🗆 バルブを開	閉するだけで空気量を調節するもの 🔲 クッションカバー(防水加工を施したもの)						
□ 特殊な空気	「室構造のもの □ クッション滑り止め						
□ テーブル	□ スポークカバー(右・左・両)						
□ ステッキホルダー	□ 屋外用キャスター(エアー式等) ( )°						
属 □ 携帯用会話補助	装置搭載台 🗌 人工呼吸器搭載台						
□ 酸素ボンベ固定	装置 □ 点滴ポール						
□ 栄養パック取付月	ガートル架   □ 泥よけ(右・左・両) ( )						
□ 車載時固定用フ	ック 原吸引器搭載台						
□ 転倒防止装置(キ	ヤスター無・キャスター付き折りたたみ式)						
□ ノーパンクタイヤ	□ 幅止め ** * * * * * * * * * * * * * * * * *						
品 □ 大車輪脱着ハブ	- HICHMEN 1110. ALV.						
□その他	※フットバンパー長 ( )						
上記のとおり意見しま	<i>i</i> t.						
年 月							
医療機関名							
所 在 地							
診療科名	※車輪とハンドリムの距離 ( )						
作成医師氏名	印						

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

## 補装具費支給要否意見書(電動車椅子) ※普通型用

迅	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳							
住	. 所								
障	がい名								
原	(因となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災							
疫	ミ病・外 傷 名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )							
	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん							
障		7 運動失調 8 その他( )							
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし 【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】							
が	T 叶 # *								
///-	下肢機能								
ķ١	比にの仏教								
	歩行の状態								
	座位	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 不可         1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分) 3 不可							
の	立 位 保 持 立ち上がる	1 自力にて可 ( 時間・分) 2 支持があると可 ( 時間・分) 3 不可 1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可							
	エシエルの	接 カ 右 kg 左 kg   kg   kg   kg   kg   kg   kg							
		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】							
	上肢機能								
状	工 収 1残 配								
	手 動 式	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可							
	車椅子の操作	※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }							
況	褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし							
	臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり							
操	移 乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助							
作	視力	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }							
能	視 野	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }							
力	聴力	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }							
	知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }							
等	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →							
ı	T 田 効 田 目 13								
19	き用 効 果 見 込								

			処	方	内	容				
必		普 通 型	□ 4.5km/H □	] 6km/H						
要。		リクライニング 式普通型		障がいにより運動	しやすく、随時に仰臥姿勢 制限が著明で、座位を長					
とす		電動リクライニ ング式普通型	【支給要件】 上記リクライニンク 操作が可能ととなる		し、この電動車椅子を使うこ	とにより、自力でのリクライニング				
る電		電動ティルト 式普通型		立姿勢変換が困		節拘縮等により座位保持が困難 子を使うことにより、自力でのティ				
動車		電動リクライニ ング・ティルト 式普通型	【支給要件】 上記リクライニン でのリクライニング			動車椅子を使うことにより、自力				
椅子		電動リフト式普 通型	※ 自力乗降が不		ても、日常生活の状況や介	により自力乗降が可能となる者 護者の状況等を勘案し、真に				
)	ヾッ	クサポート	1 固定式 2 延長	3 張り調整式	4 ヘッドサポートベース(枕を)	含む) 5 枕(オーダー・レディ)				
		対象者例	※2 → ① 体幹の筋力	低下により、背当ての	延長が必要な者 ② リクライニ	ング、ティルト機構のため必要とする者				
,		・ムサポート	1 固定式 2 デン	スク型 3 高さ誌	周整式 4 跳ね上げ式					
,			5 拡幅(左・右・両) 6 延長(左・右・両)							
		対象者例	※3 → 上肢筋力低T	下、可動域制限等に	よりアームサポートの高さ調整を	要する者				
		7,13,1171	※5・6 → 上肢の障が	上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者						
レ	′ツ	グサポート	1 固定式 2 開	閉・脱着式						
フ	′ッ	トサポート	1 調整無し 2 育	前後調整 (片・	両) 3 角度調整(片·	<ul><li>・両) 4 左右調整</li></ul>				
		シートベルト	1 腰ベルト 2 胸	Jベルト 3 股へ	いト 4 その他(	)				
	カ	□ クッション			□ フローテーションパ	パッド				
付	ッ	-	ウレタンフォーム等の多層構造及で		□ 背クッション					
	ショ		マンフォームの組合せの	-		(骨盤・大腿部サポート)				
	ン		閉するだけで空気量を	ど調節するもの	□ クッションカバー(『	カ水加工を施したもの)				
	_	□ 特殊な空気	至博造のもの		□ クッション滑り止め	— Lyty 10				
属		テーブル		□ クライマ □ ・・・・・・		□ 点滴ポール				
시크립	-	ステッキホルダー		□ ノーパン		□ 泥よけ(右・左・両)				
	<u> </u>	携帯用会話補助		□大車輪		□ 痰吸引器搭載台				
	Ш	酸素ボンベ固定			カガバー(右・左・両)	□ フロントサブホイール				
		栄養パック取付			・ャスター(エアー式等)	□ 幅止め				
品		車載時固定用			吸器搭載台 	□ 高さ調整式手押しハンドル				
	Ш	転倒防止装置(	(キャスター無・キャスター付き	さ折りたたみ式)						
		その他								
		上記のる	とおり意見します。							
			年 月 日	医 療	機関名					
				所	在 地					
				診療						
						<b>€</b> n				
				作成员	医師 氏 名	印				

## 【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に〇またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

## 補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易型))

ŀ	氏 名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳
1	主	
β	章 が い 名	
Ţ	原 因 とな った	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災
j,	疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )
n-t-	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん
障		7 運動失調 8 その他( )
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
が	下肢機能	
い	歩行の状態	
	座位	1 自力にて可( 時間・分) 2 背部支持があると可( 時間・分)3 不可
の	立位保持	1 自力にて可 ( 時間・分) 2 支持があると可 ( 時間・分) 3 不可
0	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可
		握 力 右 kg 左 kg
	1 14 44 44	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
状	上肢機能	
	-	
	手 動 式	1 自力にて可  2 辛うじて自力にて可  3 不可
	車椅子の操作	※ 自走可の場合 → 操作方法 { 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }
況	褥瘡の有無 臀部の状態	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし 1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり
	移 乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助
操	視力	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
作	視野	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
能	聴力	1 正常 2 障がいあり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
力	知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり ( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }
等	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →
,	□簡 易 型	【交付要件】
	□ 切 替 式	平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者 ○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
必	<ul><li>□ 簡 易 型</li><li>□ ア シ ス ト 式</li></ul>	○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者
要と	□ リクライニング式	□ 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため □ 四肢・体幹機能障がいてより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため
する	☐ 9971=29X	□ 四次・中科技能呼が、ことが歴期間欧州者のし、産业を及時間保持しさない。
車椅	□ ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等
子		□ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため
	□ オーダーメイド	□ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため
	□ レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者
ſ	吏 用 効 果 見 込	
Ľ		

			<u> </u>						
7	7	レーム	1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 軽合金 ステンレス						
Ą	沤	動 輪	【径】 20 22 24 インチ						
يَ	<del>-</del> -	ャスター	【径】 5 6 7 インチ						
,	ベッ	クサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構						
		/ / 41	5 背座間間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕 (オーダー・レディ)						
		対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者						
			※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者						
7	<i>P</i> –	・ムサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式						
			6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)						
		対象者例	※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者						
			※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者						
l	ノツ	グサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式						
			※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者						
		対象者例	※3·4 → 膝関節の屈曲制限がある者						
			※5 → 移乗動作時に必要な者						
7	"ツ	トサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整(片・両)						
7	Ť	レーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ						
		対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合						
			※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合						
		シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他( )						
		□ クッション	□ フローテーションパッド						
付	クツ	□ ポリエステル繊維、	かタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの □ 背クッション						
	シ	□ ゲルとウレタ	アンフォームの組合せのもの						
	ョン	□ バルブを開	閉するだけで空気量を調節するもの						
		□ 特殊な空気	室構造のもの						
		テーブル	□ スポークカバー(右・左・両) オーダーメイドの寸法						
		ステッキホルダー	□ 屋外用キャスター(エアー式等) ( )°						
属		携帯用会話補助	表置搭載台						
		酸素ボンベ固定数	<b>世</b> □ 点滴ポール ( )						
		栄養パック取付用	ガートル架 □ 泥よけ(右・左・両)						
		車載時固定用ファ	・ク □ 痰吸引器搭載台 ( )/ (						
		転倒防止装置(キ	ィスター無・キャスター付き折りたたみ式)						
		ノーパンクタイヤ	□ 幅止め **ディッピング → ( )						
品		大車輪脱着ハブ	□ 高さ調整式手押しハンドル ※フットバンパー長( )						
		その他							
上	:記(	のとおり意見しま	<b>す</b> 。						
		年 月	B II X II						
	医	療機関名							
	所	在 地							
		療科名	※車輪とハンドリムの距離						
	作用	<b>龙医師氏名</b>	印 ( )						

【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

## 補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏	名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳						
住	所							
障	が い 名							
原『	因となった	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災						
疾	病 · 外 傷 名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他( )						
000000000000000000000000000000000000000	聴力	右 dB 左 dB 会話音域の平均聴力レベル: 4分法						
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴						
聴	鼓膜の状況							
覚		【オージオメーターの型式】→						
見 障 が い の 状 況	聴力 検査の 結果	125 250 500 1000 2000 4000 8000 -10 0 10 20 20 20 20 30 30						
	語音明瞭度	右 % 左 %						
	阳日列阶及	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。						
	その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】						
音声・言語機能 障がいの状況								

		□右耳 □左耳 □両耳		
必	装用耳	次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合		
要	oemoonoomoonoomoonoomoonoomoonoo	1 ポケット型 2 耳かけ型		
		□ 高度難聴用 3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド)		
と		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象		
		□ 重度難聴用 1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型		
す		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象		
		□ 骨 導 式 1 ポケット型 2 眼鏡型		
る	種類	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又は		
補		イヤモールドの使用が困難な者		
ΉΗ		注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能		
聴		□ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 □ ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 □ 別耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 □ オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者		
器				
	付属品	処		
使用	列果見込			
上記のとおり意見します。				
年 月 日				
医療機関名				
		所 在 地		
		診療科名		
		作成医師氏名        印		

(H28.06)

### 【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

#### 様式第3号の10

### 補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏		名			男	女生	生年月	H	年	月	日生	歳	
住		所					***************************************	a					
障	がい	名											
原因となった疾病・外傷名									交通・労災・	その他の	事故・単	送傷・戦災	
			疾病•外傷	· · · · · · · · · · · · · ·	F	年	月	B	疾病・先天性・その他( )				
				裸眼	<b>活</b> 」	-							
	視	力	右	17KHX	( ×			D	Cyl	D	Ax		
	196	//	左		(		<	***************************************	Cyl		Ax		
障			工		(			D	Cyl	D	AX		
厚 が い						右				左		0000000	
。 の 状			外	眼			************			***************************************		***************************************	
況	現	症	症	中間透	5光体								
				眼	底		000000000000000000000000000000000000000	***************************************			***************************************		
	•••••••••••												
	その他の	所見											
	義	眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド										
必 要	000000000000000000000000000000000000000	鏡	1 矯正用 □ 遮光の機能が必要 → □屋外用 □屋内用										
とする			2 遮光用 → □ 前掛け式 □ 掛けめがね式 → □屋外用 □屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → □ 掛けめがね式 ( 倍率) □ 焦点調節記										
る 補 装	眼										焦点調	節式	
表 具				示】 ① 就		を含む)	の者	② 地域	上・教育上真( 社会活動(町内			加者	
処	□遠	用	球面レンズ	円柱レンズ	円柱軸	プリン	ズム	基底	瞳孔距離		事項等		
方	□近	用	SPH	CYL	Ax	PRI	SM	BASE	PD			要な場合、 定して下さい	
内	右		D	D	0					屋外用			
容	左		D	D	۰					屋内用			
使月	用効果月	見 込											
上記のとおり意見します。													
				月日医療機	関 名								
			医療機関名 所 在 地										
			診 療 科 名										
				作成医師	币氏名						印		

### 【記入上の留意事項】

(R2

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

### 補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏		名				男 女	生年月日		年	月	日生	歳
住		所										
障	がし	名										
原 因となった 疾病・外傷名		疾	病•外傷系		年 月	タ通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 月 日 疾病・先天性・その他( )						
障	身	上肢	機能			<b></b>						
が	体の状況	下肢	機能	機能								
V)		人工	.呼吸器	装着	1 あり 2 な	:L	経管	栄養・	胃ろう造設	1	あり	2 なし
<i>\'</i>				1 可能	も 2 なんと	か可能	3 不可	能				
の	意思伝	音 声	機能	※2, 3の場 その状況、 具体的にま こと。	原因を			***************************************				
状	達の状況	言 語	機能	1 可能 ※2,3の場 その状況、 具体的にま こと。	合は、 原因を	か可能	3 不可	能				
況		その	り 他									
				能 力 的能力 )	療育手帳の	)所持	1 あり	( A •	В) 2	なし		
	法伝達 操 作			操作上利用可能な身体能力								
			操作	意 欲								
O)	伝 達 必 要 l 効果	甚 性	2 意思	思伝達装思伝達装	置でなくても良 置が望ましい 置が望ましい 置でなければ	場合があ	ある	3) (計	がい状況)			
	受け	部品名				***************************************				***********	期間	か月
(本		理由		-								
□固	体(ソ <sup>2</sup> 定台(E 定台(E	フトウェア 自立スタ	及びプリン	ロ 入力	装置固定具	置	□ 接	点式 電式 電式 電式 気式(9	吸気式)	- 帯 - 圧	電式タッチ	チ式先端部式
		上記	のとお	年	します。 月 日 医療機関 所 在 診 療 科 作成医師氏	地 名					印	

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 4「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がいの進行により、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。

# 判 定 書(補装具費)

障 総 第 号年 月 日

長 様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

									au a					
氏		名					生年	月日		************				歳
居	住	地												
判	定年月	月日		年	月	日	判	定	書	番	号	第		号
障液疾	がい名 病	又 は 名											障がい 等 級	級
総	合 判	定											•	, have a second a sec
障がい状況														
医学的 判 定	意	見							•					×
	1	加果見込												
名利	アは修理	項目									コー	ード		
			<b></b>	名称•	基本構造	造・付属品	1等						価	格
								•						
処														
***************************************														
方														
//														
内														
容														
***************************************														
,	Litter bobs phane		計											
	概算額					/10	0の額							
適台	計定•確	認実施方	法	検収					適品	合判;	定認			

(R2.6)

## 補装具適合判定意見書

年 月 日

様

医療機関名 医 師 氏 名

印

補装具費支給要否意見書を作成した下記の者にかかる補装具の適合判定を実施した結果は、以下のとおりです。

記

		ĒĽ								
氏 名			男·女							
住所										
補装具の名称										
補装具製作業者										
適合判定実施日										
	1 処	1方のとおり製作されており、適合状態は良好である。								
	2 7	2 下記の指摘事項あるも許容範囲であり、適合状態はほぼ良好である。								
	3 7	3 下記の適合不良個所があり、適合状態は不良である。								
	指									
	摘									
	事									
適合判定の結 果	項									
	不									
	良									
	個									
	所									

(H28.06)

## 特例補装具費支給申請理由書

氏 名		男	女	年 月	日生 歳
障がい名 <u>又は</u> <u>疾病名</u>		and the second s	оческого войного войно	000000000000000000000000000000000000000	account de la constant de la constan
補装具の名称					
特 例 補 装 具 費 支 給 歴	支給年月	名			称
生活の状況等	<ul><li>1 職業(学年)</li><li>2 ADL及び介護の</li><li>3 生活の状況</li></ul>	状況			
特 例 補 装 具 を 必要とする理由					
	担当者 職				

注1 製品の仕様や価格が分かるカタログ等を添付すること。

注2 支給歴の欄が足りない時は、適宜増やして記入すること。

(R元.6)

## 様式第7号

# 判定依頼取下げ書(補装具費)

 第
 号

 年
 月

 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

年 月 日付けの補装具費の判定依頼については、下記の理由により取り下げます。

記

- 1 氏 名
- 2 住 所
- 3 補装具の名称
- 4 取り下げ理由

様式第8号

住

 影
 断
 書

 氏
 名
 男女
 年月日生

障がい名及び原因 となった疾病・外傷

℃った疾病・外傷 名

所

補装具の名称

障がい・疾病等の状況

難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。

- 1 難病等により、補装具が必要と認められる症状
- 2 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
- 3 その他参考となる事項

使用効果見込み

上記のとおり診断します。

 年
 月
 日

 度
 療
 在

 形
 療
 科

 作成
 医

印

歳

(H28.06)

補装具費要否判定・判断の基準や、補装具の基礎知識につきましては、当センター発行の「補装具の手引き」もご覧ください。

当センターホームページに最新版を掲載しています。

掲載場所:障がい者総合福祉センター>身体障がい者福祉課

>補装具についてのページ>5 補装具の手引き



発 行: 令和3年2月

発 行 者:福島県障がい者総合福祉センター

住 所: 〒960-8670

福島県福島市杉妻町 2番 16号 福島県庁北庁舎1階

電 話 番 号: 024-521-2824 (身体障がい者福祉課)

ファクシミリ: 024-521-2873

ホームページ: <a href="http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21700a/">http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21700a/</a>

メールアドレス: syougaisenta-@pref.fukushima.lg.jp