

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置)

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 疾病・外傷名				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()		
障 が い の 状 況	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 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				
	体幹機能	【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】				
		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)	
		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	
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	歩行の状態					
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	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				
※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 両足) (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						

裏面へ続く

処		方		内		容	
採型採寸区分 及び処方部位		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 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿・足部				
支 持 部	頭 部	1 頭部支え					
	上 肢	1 上肢支え 2 前腕・手部支え					
	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 3 張り調整型					
	骨盤・大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 張り調整型					
	下 腿 部	1 下腿支え					
	足 部	1 足台					
の支 連持 結部	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部					
	遊 動	1 腰部 2 膝部 3 足部					
	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式					
構 造 フ レ ー ム	使 用 材 料	1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式:)					
		4 完成用部品	部品名:				
		<input type="checkbox"/> 借受け	期間	か月	理由		
	※ 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(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))」又は「補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(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 2 昇降機構						
付 属 品	カットアウトテーブル	1 テーブル → <input type="checkbox"/> 表面クッション張り 2 テーブル取付部品					
	上肢保持部品	1 アームサポート 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 頭頸部パッド 2 肩パッド 3 胸パッド 4 胸受けロール 5 体幹パッド 6 腰部パッド					
	骨盤保持部品	1 骨盤パッド 2 殿部パッド					
	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					
	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 <input type="checkbox"/> 脱着式() <input type="checkbox"/> 防水加工					
	内 張 り	1 アームサポート 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	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						
調 整 機 構	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 アームサポート					
	前 後 調 節	1 頭部支持部 2 骨盤・大腿支持部 3 足部支持部					
	角 度 調 節	1 頭部支持部 2 テーブル					
	脱 着 機 構	1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームサポート 5 内転防止パッド					
	開 閉 機 構	1 アームサポート 2 足部支持部					
完 成 用 部 品	部 品 名						
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名 理由	期間	か月			
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

【記入上の留意事項】

(R6.6)

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

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))

氏 名

処		方		内		容		
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 自 走 用						
		<input type="checkbox"/> 介 助 用						
	種 別	<input type="checkbox"/> モジ'ュラー式	※ 標準					
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド'式	<input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため					
<input type="checkbox"/> レディメイド'式		※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合						
機 構	<input type="checkbox"/> リクライニング機構	<input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者						
	<input type="checkbox"/> ティルト機 構	※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者						
	<input type="checkbox"/> リフト機 構	<input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者						
基 本 構 造		1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 本)						
シ ー ト		1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整						
バックサポート		1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイト'フレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構						
フット・レック'サポート		1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り						
フットサポート		1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)						
アームサポート		1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)						
ブ レ ー キ		1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ						
駆 動 輪 ・ 主 輪		1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動						
タ イ ヤ		1 エア(標準) 2 ノーパンク						
キ ャ ス タ		1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ						
ハ ン ド リ ム		1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動						
付 属 品	<input type="checkbox"/> ヒールループ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台	<p>車椅子の寸法</p> <p>※ティップピングレバー長 ()</p> <p>※フットバンパー長 ()</p> <p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>					
	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台						
	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台						
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置						
	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架						
	<input type="checkbox"/> スポークカバー	<input type="checkbox"/> 点滴ポール						
	<input type="checkbox"/> 日よけ・雨よけ	<input type="checkbox"/> 泥よけ						
	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	<input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)						
	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 座板						
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造							
<input type="checkbox"/> その他 ()								

【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。

(R6.6)

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(電動車椅子フレーム処方用))

氏名	
----	--

処		方		内		容	
必要とする電動車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 標準形	<input type="checkbox"/> 低速用	<input type="checkbox"/> 中速用			
		<input type="checkbox"/> 簡易形	<input type="checkbox"/> 切替式	<input type="checkbox"/> アシスト式			
	種別	<input type="checkbox"/> モジュラー式	※ 標準				
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド式	□ 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため □ 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため				
		<input type="checkbox"/> レディメイド式	※ レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合				
	機構	<input type="checkbox"/> リクライニング機構	□ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 □ 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者				
		<input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構	※ 上記、リクライニング機構の要件を満たし、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操作が可能となる者				
		<input type="checkbox"/> ティルト機構	※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者				
		<input type="checkbox"/> 電動ティルト機構	※ 上記ティルト機構の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者				
		<input type="checkbox"/> リフト機構	□ 障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情が認められる者				
<input type="checkbox"/> 電動リフト機構	□ 就労若しくは就学のために真に必要と認められる者						
※ 以下、簡易形の場合は、「車椅子フレーム処方用」を用いて記入すること。							
基本構造		1 後方大車輪(標準)		2 その他()		※特例補装具	
シート		1 板張り式(標準)		2 スリング式		3 張り調整式 □ 奥行調整	
バックサポート		1 スリング式(標準)		2 張り調整式		□ ワイドフレーム □ 延長(頭頸部まで) □ 高さ調整 □ 背座角度調整 □ 背折れ機構	
フット・レックサポ-ト		1 固定式(標準)		2 挙上式		3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 □ レッグベルト全面張り	
フットサポート		1 セパレート式(標準)		2 セパレート式(二重折込式)		□ 前後調整(右・左・両) □ 角度調整(右・左・両) □ 左右調整(右・左・両)	
アームサポート		1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式		2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式		□ 高さ調整 □ 角度調整 □ 拡幅(右・左・両) □ 延長(右・左・両)	
ブレーキ		1 電動又は電磁ブレーキ(標準)					
タイヤ		1 エア(標準) 2 ノーパンク					
キヤスタ		1 エア(標準) 2 ノーパンク					
付属品	<input type="checkbox"/> ヒールル-プ(右・左・両)		<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両)		<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)		
	<input type="checkbox"/> パワ-ステアリング		<input type="checkbox"/> クライマーセット		<input type="checkbox"/> 手動スイングア-ム		
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台		<input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台		<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台		
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置		<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架		<input type="checkbox"/> 点滴ポール		
	<input type="checkbox"/> 泥よけ		<input type="checkbox"/> スポークカバー		<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品		<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)				
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

【記入上の留意事項】

(R6.6)

- 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。