# 補装具費支給に関する意見書(殻構造義手用)

※太枠内は記入しないでください。

							審	查		欄						
					1	適当	2	不適当		3	要確認					
審	査		結	果	[7	審査結果	が2~3	3の場合	は、そ	か理	由・内容	等】				
審	査		医	師												
審	查	年	月	日			年	月		日						
※下	記の表	面・	裏面	の口や	₽枠欄	間は必ず行	卸記入く	ださい。		ı						
氏			名							生年 月日				年	月	日
住			所													歳
手	帳障	害	名									手帳	障害等	級		級
	因 と た 病 ・ タ					□労災 □戦災	□疾病	口先天	に性 [	コその	他			•	)	
				□自タ	然災智	<u> </u>	(六件/	- ·							,	
疾発	病 ・ 生 年						年	月ごろ								
-	断 · 欠 損		断位	左 ([	コ中 コ肩	手骨 口 甲胸郭間	] □肩 ]基節骨( ] □肩 ]基節骨(	第 排 □上腕	旨) □ i □月	]中節 <sup>,</sup>	前腕	指) [	□末節·	骨(第 手根骨	指)	
切	断	施	術				年	月ごろ								
				【障害	部位の	り状況、F	I M∜B I	等ADL核	幾能評価	iを行っ	ている場合に	は、それ	らの情報	まも御記	入くださ	ν <sub>°</sub> ]
	在 の 位 の															
使補の	用 装 状		中具況	使用中	補装具	具(あり・	なし)【使 <i>l</i>	用中の場合	はその』	具体的状	<b>犬況を御記</b> 入	ください	,° ]			

裏面に続く

製作区分	□新規 □再製作 □値	多理 □借受け								
製作部位	□右 □左 □両位									
	採型区分	形式		加算						
	□肩義手 □上腕義手			□肩甲胸郭間切断用 □吸着式						
		□電動式		□顆上懸垂式 □スプリットソケット						
名 称		その他(□装飾用	□作業用)	□チェックソケット						
(基本価格)	□手指義手			(□シリコーン又はライナー □透明ソケット)						
	_ , ,,,,,,			□ダイレクトソケットシステム						
				※手先具は3個が限度						
	ソケット	□皮革 □熱硬化性	樹脂 □熱す	可塑性樹脂 □電動式加算						
	ソフトインサート	□皮革 □軟性発泡								
		□能動式 □電動								
	支持部			□手部 □熱硬化性樹脂 □熱可塑性樹脂						
				又は上腕部接続部の修正						
		□肩義手用		ド式肩ハーネス一式						
		□上腕義手用		ド式上腕ハーネス一式						
製作要素		□肘義手用		ド式前腕ハーネス一式						
	義手用ハーネス	□前腕義手用		一式 □8字ハーネス一式 □9字ハーネス一式						
				計継手(一組)□Y ストラップ						
		· ·		(三頭筋パッド)						
	断端袋	□上腕用 □前腕								
			□皮革							
	外装(義手用)		□プラスチ	・ック						
		□前腕部	□塗装							
	肩継手 □隔板式 □原	屈曲・外転式 □ユニ	バーサル式	使用部品( )						
	肘継手 □硬性たわみま	式 □単軸ヒンジ □	多軸ヒンジュ	式 □倍動ヒンジ □能動単軸ブロック式						
	□手動単軸ブロック式 使用部品( ) 手継手 □面摩擦式 □軸摩擦式 □迅速交換式 □屈曲式 □手部コネクタ									
	手継手 □面摩擦式	□軸摩擦式 □迅速	交換式 🗆	屈曲式 □手部コネクタ						
完成用部品	使用部品(			)						
	手先具 □能動ハンド	□能動フック □装飾	ハンド 口装	飾手袋 □作業用手先具 使用部品 ( )						
	その他 口ケーブルセン	ット □ハーネス部品	品 口フック	ク用先ゴム						
	□ライナーロ	ックアダプタ □ライ	ナー 口そ	・の他( ) 使用部品( )						
製作(購入)、		分、製作要素、完成用語	部品等の指定	<b>E及び選定理由、借受期間など留意すべき事項を御</b>						
修理、借受けに当	記入ください。】									
たっての選定										
理由、留意点、										
主な部品名等										
	【知 十字件 日 4 小 关 4	フェレベゴ化しかで私	1665 + 11 14 1	<i>占)~你</i> 元 ユ ノ <i>込</i> ン , 、 【						
	【処力佣装具を装有する	<b>ることで可能となる動</b>	作寺を具体は	的に御記入ください。】						
使用効果見込										
上記のとおり意見	L L ます									
	月日									
'	Л Ц									
医療機関名										
所 在 地										
作成医師氏名										
電話番号	(	)								
	7 TT   1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1	,								
	る項目にチェックしてくど		ア半人に ひい・-	ア却ウェレイ)、ア市明に(ツ『シュし 5 初来すば・1 4 四)						
				C認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) Gいて認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)						
				補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師						
			· · · · · ·	ma 多くてき できょう でない できょう できょう (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)						

- 【記入上の留意事項】 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該 団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師
  - 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○又はレ印を付すこと。 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する意見書(殻構造義足用)

※太枠欄は記入しないでください。

		審	查	欄				
	1 適当 2	不適当	3	要確認				
審査結果	【審査結果が2~:	3の場合は	、その理	里由・内容	容等】			
審査医師								
審查年月日	年	月	目					
※下記の表面・裏	面の□や枠欄は必ず街	記入くださ	٥٠ / ۶					
氏 名				生年 月日		年	月	日
住所								歳
手帳障害名						手帳障害等級		級
原因となった疾病・外傷名	田以作     田以 ));	□疾病 □ 匀 具体名:	先天性 〔	□その他			)	
疾病・外傷 発生年月日		年 月	ごろ					
切断·離断	右(□片側骨盤 □ □ショパール			□下腿 □足骨 「		節 □サイム		
• 欠損部位	左(□片側骨盤 □ □ショパール	股 口大腿	└ □膝	□下腿	□足関	節 □サイム		
切 断 施 術		年 月	ごろ					
	【障害部位の状況、FI い。】	MやB I 等A	DL機能評	『価を行って	ている場合	は、それらの情報も	御記入く	ださ
現在の障害	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,							
部位の状況								
	使用中補装具(あり・な	し)【使用中の	)場合はそ <i>0</i>	)具体的状态	況を御記入	ください。】		
使   用   中     補   装   具								
が、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、次の、								
							<b>—</b>	. I

裏面に続く

製作区分	□新規 □再製作 □修理	「一世色け	
製作部位	□右 □左 □両側	三 口间文()	
表 下 印 江	採型区分		加算
	□ □ 股義足 □ 大腿義足	ル式 □差込式 □ライナー式	□ 片側骨盤切断用
	□膝義足□下腿義足□□なる。	□吸着式 □PTB式 □PTS式 □KBM式	□短断端切断用キャップシャフト
名 称	□サイム義足□□サイム義足□□サイム		□座骨収納型ソケット □大腿支柱付き
(基本価格)	□足根中足義足 □足趾義足	□ T S B 式 □ 有窓式 □ 足袋式	□人服文任刊さ
	□ 足	□上級式□□上級式□□上級部支持式□□上級部支持式□□上級部支持式□□	□フェックラクット   (□シリコーン又はライナー□透明ソケット)
		口下越时又行八	□ダイレクトソケットシステム
		········	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	ソケット		対脂 □熱可塑性樹脂 □エアクッションソケット
	ソフトインサート		]下腿部支持式 □二重ソケット ₹革・軟性発泡樹脂 □皮革・フェルト
	支持部 (義足用)	□シリコーン □下腿部支持元 □股部 □大腿部	使用材料
	文 付 前 ( 我 足 用 )		
that II are			・部の形状や股継手の土台積層修正 □鉄脚使用
製作要素	義足懸垂用部品		低帯一式 □シレジアバンド一式 □肩吊り帯
			ド □横吊帯 □義足用股吊帯一式
			TBカフベルト一式
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	とロルセット一式
		□サイム義足用	
	外    装		□プラスチック □塗装
	the III /Da	l .	□ □裏革 □リアルソックス
	断 端 袋		
	股継手 □ヒンジ継手 使		)
	膝継手 □ヒンジ継手 使		)
	足 部 □多軸足部 □S	ACH足部 □装飾足袋	
完成用部品	使用部品(		)
	The state of the s	懸垂ベスト □KBMウェッジ	
			ンクルブロック □リアルソックス トカバー □スペクトラソックス
		·ム ロベノリンクコム ロノツ サイム用ボルト 口その他(	) 使用部品( )
			及び選定理由、借受期間など留意すべき事項を御記
製作(購入)、	入ください。	表下安东、九灰川即面 中沙田人	及び歴史程中、旧文別的なこ田志り でず気を呼れ
修理、借受けに			
当たっての選定			
理由、留意点、			
主な部品名等			
	【処方補装具を装着すること	で可能となる動作等を具体的に御記	入ください。】
使用効果見込			
上記のとおり意見	しします。		
年	月 日		
医療機関名			
所 在 地			
/// 12			
作成医師氏名			
電 話 番 号	(	)	
※ 下記の該当す	<sup>-</sup> る項目にチェックしてくだ	さい。	
□ 身体障害者福祉	:法第15条の規定に基づき指定され	ιた医師で、かつ、所属医学会におい	て認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
			おいて認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
│□ 国立身体障害	者リハビリテーションセンタ	ー字院において実施している当 <b>該</b>	補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該

# 補装具費支給に関する意見書(骨格構造義手用)

					金子·	
					1 適当 2 不適当 3 要確認	
					【審査結果が2~3の場合は、その理由・内容等】	
審	查		結	果		
審	査		医	師		
審	查	年	月	日	年 月 日	
※下	記の	表面	・裏	面の	□や枠欄は必ず御記入ください。	
氏				名	生年	月 日
					月日	
住				所		歳
手	帳	障	害	名	手帳障害等級	級
原	因と	な	った	疾	□交通 □労災 □疾病 □先天性 □その他	
病	•	外	傷	名	□戦傷 □戦災   (具体名: □自然災害	)
疾発	病生	· 年		傷日	年月ごろ	
						-D. III
					右(□肩甲胸郭間 □肩 □上腕 □肘 □前腕 □手関節 □手相 □中手骨 □基節骨(第 指) □中節骨(第 指) □	以何 ]末節骨(第
切	断	•	離	断	指))	
•	欠	損	部	位	左(□肩甲胸郭間 □肩 □上腕 □肘 □前腕 □手関節 □手	<b>根骨</b>
						末節骨(第
					指))	
切	断		施	術	年月ごろ	
					【障害部位の状況、FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も	御記入くださ
					い。 <b>」</b>	
現如	在		障	害		
部	位	の	状	<i>①</i> 汇		
					H-III-L-PV-B (4-10 - 5.) \ [H-II   B \ ) \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
使		用		中	使用中補装具(あり・なし)【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】	
補		装		具		
の		状		況		

製作区分	□新規 □再製作 □値	修理 □借受け						
製作部位	□右 □左 □両側							
	採型区分	形式	加算					
名 称 (基本価格)	□ 肩義手A-1 □上腕義手A-2 □ 肘義手A-3 □ 前腕義手A-4	□能動式 □その他(□装飾用 □作業用)	□   □   □   □   □   □   □   □   □   □					
	ソケット	□皮革 □熱硬化性樹脂 □熱可塑	性樹脂					
	ソフトインサート	□皮革 □軟性発泡樹脂 □皮革・	軟性発泡樹脂					
	支 持 部	□   □   □   □   □   □   □   □   □   □						
製作要素	義手用ハーネス	□胸郭バンド式肩ハーネス一式 □胸郭バンド式上腕ハーネス一式 □胸郭バンド式前腕ハーネス一式 □肩たすき一式 □8字ハーネス一式 □9字ハーネス一式 □上腕カフ(三頭筋パッド)						
	外 装	□肩義手用 □上腕義手用 □肘義	手用 □前腕義手用					
	断 端 袋	□上腕用 □前腕用 □その他(	)					
	肩 継 手	□屈曲・外転式 □ユニバーサ 使用部品( □単軸式(単軸固定式) □単軸式	)					
	肘 継 手	使用部品(	)					
	手 継 手	↑ 使用部品 ( ) ) )   □ソケットアダプター □チューブ						
完成用部品	義 手 調 整 部 品	使用部品(	)					
	手 先 具	□装飾ハンド □手袋(コスメチ 使用部品(	)					
	外 装 部 品	□コネクションプレート □フォー 使用部品 (	)					
	そ の 他	<ul><li>□ハーネス部品</li><li>□ライナーロック</li><li>□ライナー(ピンアタッチメント</li><li>使用部品(</li></ul>						
製作(購入)、 修理、借受けに 当たっての選 定理由、留意点	【型式、採型・採寸区分、 き事項を御記入ください。)		毘由、他部品と比較した状況、借受け期間など留意すべ					
使用効果見込	【処方補装具を装着するこ	とで可能となる動作等を具体的に御記入ぐ	ください。】					
上記のとおり意見し	<u> </u> 、ます。							
年 月 医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 ※ 下記の該当する	日 ( <b>5項目にチェッ</b> クしてくださ							
□ 指定自立支援医療	<b>寮機関において当該医療を主と</b>	して担当する医師で、かつ、所属医学会におい	認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) で認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) 装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師					

### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師 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○又はレ印を付すこと。 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する意見書(骨格構造義足用)

						審	查	7	闌					
審	査		結	果	1 適当 【審査結果が2	2 不適			理由・戸					
審	查		医	師										
審	査	年	月	月		年	月	月						
*7	記の	表面	j・裏	面の	□や枠欄は必ず街	『記入くだ	<b>ごさい。</b>							
氏				名					生年 月日		4	年	月	日
住				所										歳
手	帳	障	害	名		_					手帳障害	等級		級
原病	因と •		った 傷		□交通 □労災 □戦傷 □戦災 □自然災害	□疾病 (具体名	□先天 ı:	性	□その他	<u>tı</u>				)
疾発	病生		外 月	傷日			年		月ごろ	5				
切・	断欠	· 損	離部	断位	右(□片側骨盤 □ショパー 左(□片側骨盤 □ショパー	·ル □リ : □股	スフラ: □大腿		□中足帽 膝 □□	<b>予 □足</b> 下腿 □	指) 足関節 [			
切	断		施	術			年	月	ごろ					
現部	在位	の の		害況	【障害部位の状況、い。】								も御記	入くださ
使補の		用装状		中具況	使用中補装具(あり	<ul><li>なし)【使</li></ul>	2用甲の場合	台はそ	· の具体的	状况を御話	2人ください。	. <b>J</b>		

製作区分	□新規 □再製作 □ℓ	修理 □借受け								
製作部位	□右 □左 □両側									
	採型区分	形式	加算							
	□ D	□差込式 □ライナー式	□片側骨盤切断用							
	□大腿義足B-2 □膝義足 B-3	□吸着式 □PTB式 □PTS式 □KBM式 □TSB式 □有窓式	□短断端切断用 □座骨収納ソケット							
名 称	□下腿義足 B-4	□その他( ) □ □チェックソケット								
	□サイム義足 B-5		(□シリコーン又はライナー□透明ソケット)							
			□ダイレクトソケットシステム							
	□チェックソケット(選)		) □その他( )							
	ソケット	□熱硬化性樹脂 □熱可塑性樹脂 □木 □エアクッション □カーボンストッ								
	ソフトインサート	□皮 革 □軟性発泡樹脂 □皮 □シリコーン □その他( )	革・軟性発砲樹脂 □皮革・フェルト							
製作要素	支 持 部		用 □下腿義足用(サイム義足を含む)							
	義足懸垂用部品	□股義足用 □大腿義足用 □膝義足	用 □下腿義足用 □サイム義足用( )							
	外	□股義足用 □大腿義足用 □膝義足	用 □下腿義足用 □その他( )							
	断 端 袋	□大腿用  □下腿用	,							
	股 継 手	□カナダ式       □ロック式       品名(         □単軸膝(□遊動式       □ロック式)								
	   膝 継 手	□甲軸隊(□姓凱氏 □ ロック氏) □安全膝(□空圧 □コンピューター								
	New NEW 1	品名(	)							
	足 継 手	□固定式 (SACH足用) □遊動式 使用部品 (	使用部品( )							
			゛ □クランプアダプタ □ターンテーブル							
	義 足 調 整 部 品	□トルクアブソーバー □ショックア 使用部品(	)							
完成用部品	足部	□ S A C H 足部 □ 単軸足部 □ 多軸 使用部品(	1足部 □サイム用足部 ) )							
	足部調整用部品	□ バンパー □ボルト 品名(	)							
		□保護カバー □コネクションプレー								
	外 装 用 部 品	□フォームカバー(□股・大腿用 □下 □ストッキネット(□股・大腿用 □下								
		□リアルソックス(□股・大腿用 □下								
		□吸着バルブ □懸垂ベルト(□股・								
	7 0 14	□ K B M ウエッジ □ バッテリーキッ	·							
	そ の 他	□フイナーロックチタフタ   □フイナ   その他の部品(□フットカバー   □ス	·一(ピンアタッチメント あり・なし) ペクトラソックス ロその他)							
		使用部品(	)							
製作(購入)、		と作要素、完成用部品等の指定及び選定理由	、他部品と比較した状況、借受期間など留意すべき事							
修理、借受けに当たっ	項を御記入ください。】									
ての選定理由、										
留 意 点	『加古浦荘目を注差すること	で可能となる動作等を具体的に御記入くだ。	\$10 <b>1</b>							
使用効果見込	【たが価表来で表有すること	. く可能となる動作する発性がに呼吸バベル。	CV % 1							
区/11/99/水池区										
上記のとおり意見										
年 医療機関名	月日									
所 在 地										
作成医師氏名 電 話 番 号	<del>-</del> (	)								
I	「 する項目にチェックしてくださ	,								
□ 身体障害者福	i祉法第15条の規定に基づき指定	こされた医師で、かつ、所属医学会において認	定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)							
			「認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) □ 長関係の適合判定医師研修会を修了している医師							

### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門 性に関する認定を受けた医師
- 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○又はレ印を付すこと。3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する意見書(上肢装具・体幹装具用)

						審	查		欄						
				1 適当	2	不適当		3	要確	認					
審	查	結	果	【審査結果が2	~ ;	3の場合に	t,	その	理由・	内容等】					
н	Д.	ηн	<i>&gt;</i>  <												
審	查	医	師												
審了	至 年	月	日		年	月		日							
※下記	の表	面・夏	复面の	刀□や枠欄は必ず行	卸記	入くださ	い。			_					
氏			名						生年 月日			年		月	日
住			所							I					歳
手 帧	€ 障	害	名								手帳	障害等級			級
					部	位		ブルン	ノストロー	-ム・ステ-	ージ	感覚評価	1		
				□中枢性麻痺											
障	害	状	況		部	位				部位の) MN	ИТ,	感覚評価			
								RON	Л						
				□筋・骨格系											
原因疾病				□交通 □労災 □戦傷 □戦災 □自然災害		疾病 口袋 具体名:	先ヲ	<b>F性</b>	□その	他				)	
疾				年	Ξ.	月ご	ろ								
				【症状の経過及び診	断・泊	冶療(既手術	<b></b>	)内容	等につい	て詳細に御	記入く	ださい。】			
治	療	経	過												
				【FIMやBI等AI	DL相	幾能評価を行	丁つ	ている	場合は、	それらの情	報も循	記入ください	\° ]		
現 在	の身	体状	沈												
				使用中補装具(あり	・な	し)【使用中	の場	易合はる	その具体的	り状況を御言	記入く	ださい。】			
使用中	神装	具のホ	犬況												

製作区分	□新規 □	]再製作 □修理	! □借受け			
	※別紙「補	装具一覧(装具)」の	)該当する区分等を	御記入くださレ	、。各項目欄左側数字等による	る記入も可とします。
名 称	区分	名	称	種	類	採型区分
						□採型 □採寸
		 上	 肢		装	具
- 表 另 刀 類 部	位	<u> </u>			衣	<del>六</del>
司)	1型 肩継手			<u></u>	使用部品名(	)
	肘継 手		式 □ プラスチッ		使用部品名(	)
継手	手継 手		式 □プラスチッ		使用部品名(	)
	MP 継 手	□固定式 □遊動	式			
	IP 継 手	□固定式(□硬性	□フレーム)	□遊動式 □	□鋼線支柱	
	胸郭支持部	□硬性 □フレー	<u>ل</u>	骨盤支:	持 部 □ 硬性 □	フレーム
支 持 部	上腕支持部	□半月 □皮革等	(□カフベルト	□上腕コル↑	セット) □硬性	
× 14 hb	前腕支持部	□半月 □皮革等	(□カフベルト	□前腕コルヤ	セット) □硬性	
	手部背側パ ッド	□硬性 □フレー		手掌パッ		ノーム
7 0 14					硬性 □フレーム)	
を の 他 加 算 要 素		ット(□候性 □ン 補助バネ □ターン			ー □アウトリガー □: □ □ □ □ □ は 当 て	ノレクサービンシ
加异女术		隔めへれ ログーン 腕部 □前腕部 □				)
	□肩継手(		□肘継手(		) □手継手(	)
完成用部品		部品(BFO)(			)	
	□指装具用部点			の他支柱(		)
装具分類		本	幹		装	具
					□カラー(あご受け□あ	っり 口なし)
	胸腰仙椎	□硬性(□支柱付き				
支 持 部	腰仙椎	□硬性(□支柱付き				ロなり ロわし
X 14 bb	骨盤	□皮革 □硬性(			口外压 口月盆市 (心	
	ロサンドイック			,		
					□肩ベルト □会陰ひも	
その他		ン □斜頚枕 □				
加算要素		─□腰椎バッド □ □側方支柱 □ネッ			ッド □アウトリガー  [ ラスチぃ々サロ)	」前方支柱
		□側万叉柱 □不り 准支持部 □腰胸仙				
完成用部品	使用部品名(					)
製作(購入)、		合は借受期間も記み				,
修理、借受けに	日文リッ場	ロは旧文物用も記が	(U ( \ /L@V 'o ]			
当たっての選定						
理由、留意点	【本装具を装着	することで可能となる	の動作等を具体的に	御記入ください	、】※予防、治療、訓練目的	では対象になりません。
使用効果見込	. , , , , , , , ,	, = = - , ,,,= = 5.	22(11.4)			, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
上記のとおり意						
年 医療機関:						
	也					
作成医師氏名	P					
電話番	-	( ックしてください。				
			ミ師で、かつ、所属P	医学会において割	図定されている専門医(※【記)	  入上の留意事項1】参照)  
□ 指定自立支援	と 医療機関において	当 <mark>該医療を主</mark> として担当	する医師で、かつ、	<b>所属医学会にお</b> レ	ヽて認定されている専門医(※	【記入上の留意事項1】参照)
「記え上の図書		ーションセンター学	院において実施し	ている当該補	装具関係の適合判定医師研	修会を修了している医師

- 【記入上の留意事項】 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師 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○又はレ印を付すこと。 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# (別紙)

別紙)		
	補装具	一覧(装具)
区分	名称	種類
1	(1) 肩装具	A硬性
上		Bフレーム
肢		C軟性
装	(2) 肘装具	A硬性
具		B両側支柱付
		C軟性
	(3) 手関節装具	A硬性
		B両側支柱付
		C片側支柱付
		D掌側(背側)支柱付
		E軟性
		長対立装具
		把持装具
	(4)手装具	A硬性
		Bフレーム
		C軟性
	(5)指装具	A硬性
		Bフレーム
		C軟性
	(6) BFO	
2	(1) 頚椎装具	A硬性
体		Bフレーム
幹		Cカラー
装		D 斜頚矯正用枕
具	(2) 胸椎仙椎装具	A硬性
		Bフレーム
		C軟性
	(3)腰仙椎装具	A硬性
		Bフレーム
		C 軟性
	(4)仙腸装具	A硬性
		Bフレーム
		C軟性
		D骨盤帯
	(5)側弯症装具	A 硬性
		Bフレーム
		C軟性

# 補装具費支給に関する意見書(下肢・靴型装具用)

		審查	欄				
	1 適当	2 不適当	3 要確認				
審査結果	【審査結果が2	~3の場合は、	その理由・内容等】				
審査医師							
審查年月日		年月	日				
※下記の表面・裏面	面の□や枠欄は必ず	げ御記入くださ↓	<b>`</b> °				
氏 名			生年 月日		年	月	日
住 所							歳
手帳障害名				手帳阿	章害等級		級
障害状況	□中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステ	テージ	感覚評価		
序 古 <b>仏</b> 仏	□末枢性麻痺 □筋・骨格系	部 位	(障害に関わる部位の)M ROM	MMT,	感覚評価		
原因となった 疾病・外傷名	□交通 □労災 □戦傷 □戦災 □自然災害	□疾病 □先尹 (具体名:	F性 □その他			)	
疾 病 · 外 傷 発 生 年 月 日	年	月ごろ					
治療経過	【症状の経過及び診り	断・治療(既手術等)	) 内容等について詳細に値	即記入くだ	`さい。】		
現在の身体状況	【FIMやBI等AI	DL機能評価を行って	ている場合は、それらの作	青報も御記	入ください。	1	
使 用 中 補 装 り 次 沢	使用中補装具(あり	・なし)【使用中の場	合はその具体的状況を御	記入くだる	· ************************************		

製作区分	□新規 □再製	作 □修理 □借	<del>受</del> け								
	※別紙「補装具一覧	(装具) 」の該当する区分	等を御記入く	ださい。各項目欄左側数字	等による記入も可とします。						
名称	区分	名 称		種類	採型区分						
					□採型 □採寸						
装 具 分 類	下	肢	•	装	 具						
部	位□右	□左□□	両側								
	股継手 □固	定式 □遊動式									
継  手	膝 継 手 □固	定式 □遊動式 □	□プラスチッ	ク継手							
			□プラスチッ	., .							
				ルセット)□硬性(□熱							
支 持 部				ルセット)□硬性(□熱							
	□ あぶみ 足部 □足部覆い □硬性(□熱硬化性 □熱可塑性) □標準靴 □ 足底装具(□MP 関節遠位 □MP 関節近位)										
	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □										
7 0 11.	□デニスブラウン □膝当て □T・Yストラップ □スタビライザー □ターンバックル										
その他	□ダイヤルロック			助装置 □補高足部 □							
加算要素	□凶張り(□太腿)		腿部 □足部 □足底装具) □補高足部(脚長差 c m)								
	□足底装具室内用ベルト         □股継手(       )□足継手(										
完成用部品	□股継手( □使用部品名(	) 凵 膝刹	迷手 (	)口足維	送手 ( )						
			<b>→.</b> 1	NI.	, ,						
装 具 分 類	靴	<u>†</u>	型	装	具						
	右(口	患側 □健側 )			」 □健側 )						
	□採型 □採寸		□採型 □採寸 □短靴 □チャッカ靴 □半長靴 □長靴								
	□短靴 □ナヤッス   □整形靴 □特殊軸	カ靴 □半長靴 □長鞘 ぬ	10	□短靴 □テャッカ靴 □整形靴 □特殊靴	□ 半 長靴 □ 長靴						
		<u> □マッケイ式</u>		□ グッドイヤー式 [	フマッケイ式						
制 佐 亜 書	<del>坛</del>	/—-P/ > -H- b			c m						
製作要素	□月型の延長 □2	スチールバネ入り 🗆 🗎	トウボックス	補強 □鉛板の挿入 □	]足背ベルト						
	□ベルト (裏付き)										
				ロカットオフヒール ロ							
					フレアヒール □階段状ヒール】 ーバー □トーマスバー						
					ーバー □蝶型踏み返し】						
<b>今</b>											
完成用部品											
製作(購入)、	【借受けの場合は作	昔受期間も記入してくた	<b>ごさい。</b> 】								
修理、借受けに当たっての選定											
理由、											
留 意 点		- 1 the 1 2 11-below 12	□ //.////er==	→ 2.0 (c) . ¶ 147 → P.H. 17. H							
	【本装具を装着する、	ことで可能となる動作等を	子具体的に御記	人くたさい。】※予防、冶漿	京、訓練目的では対象になりません。						
使用効果見込											
上記のとおり意見 年	えします。 月 日										
医療機関名											
所 在 地	<u>t</u>										
作成医師氏名 電話番号	<u>1</u> (	)									
	, する項目にチェックして	,									
		•	つ、所属医学会(	こおいて認定されている専門	医(※【記入上の留意事項1】参照)						
					専門医(※【記入上の留意事項1】参照)						
│□ 国立身体障	害者リハビリテーショ	ンセンター学院において	て実施している	5 当該補装具関係の適合半	<b>則定医師研修会を修了している医師</b>						

- 【記入上の留意事項】
  1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師
  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○又はレ印を付すこと。
  3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# (別紙)

(万寸が入)	補装具-	一覧(装具)
区分	名称	種類
1	(1) 股装具	A硬性
下		Bフレーム
肢		C軟性
装		Dツイスター
具	(2) 長下肢装具	A硬性
		B両側支柱付
		C片側支柱付
	(3)膝装具	A硬性
		B両側支柱付
		C片側支柱付
		D軟性
	(4)短下肢装具	A硬性
		B両側支柱付
		C片側支柱付
		D後方支柱付
		E軟性
	(5)足装具	A 足底装具
		B Denis-Browne (デニスブラウン型)
2		A長靴
靴		B 半長靴 (編上靴)
型		Cチャッカ靴
装		D短靴
具		

# 補装具費支給に関する意見書(姿勢保持装置用)

										ž	審	3	查		欄								
					1	適	当		2	不证	<b></b>		3	要	確認								
審	査	結	i	果	【泪	<b>译查</b>	洁果	見が	$2\sim 3$	3 の ‡	易合は	は、そ	の理	里由	<ul><li>内容等</li></ul>	等】							
審	查	医		師																			
審	查生	F,	月	日					年		月		日										
※下	記のま	長面	• 夏	事面の	クロタ	>枠村	闌は	必す	"御記	入く	ださい	ر <i>ا</i>											
							,,,,	/							生年		年	月		月			
氏				名											月日								
住				所																			歳
手	帳『	章	害	名												手帳隊	章害等	級					級
原原	因と	な	つ	た	□交	通		労災	ζ.				疾病		]先天性	口そ	の他						
疾兆	<b>声</b>	外	傷	名	□剿	傷		戦災		自然	災害	( ]	具体名	∄:									)
		巓等·		-																			
	機	能	障	害																			
身	頭部	部支持	持機	維	等の	<b>※</b> 関節																	
/	上	肢	機	能	状態を	※関節の可動性、	-																
体	<u></u>	肢	松松	台丘	記入す		-																
					等の状態を記入すること。	筋力、変形	-																
		幹																					
障		動			□弛	緩性	麻痺		痙性床	種	□固縮		不随意	運動	j □lん	せん	□運動	失調	□そ	の他	(	)	
害		用中																					
古	-	具 の <b>身体</b>																					
等	身	7 17	.1 1	長												)	rin Ar	加拉下高	=	{	)		
′,1	体			重											6		<u> </u>	TATE I'E	<b>3</b> J	4	1)		
Ø		立腋	す下											4	$\square$					IJ,	/		
		立肘												,						)	  座位月	対頭高	
状		立 下													座位	解幅	<u>+</u>	+ +			1	_∔	
<i>V</i> <b>C</b>		位													1/	\		) [	座信	立下腿		_	
況	座	庭		長											ک							₹	
	感	覚	障	害	([	] 月	要背	部		殿部	) 🗆	脱り	Ł		重度		中度	:		軽度		な	し
	褥兆	育の	有	無		あり	)		現	在は	ないな	び過っ	去にて	できる	たことま	<b>あり</b>		過去	• 現	在と	もなし		
	殿	部の	状	態		異常	常な	し		皮	膚の乳	発赤、	変色	色あ	り	] 痩1	せてお	り、	骨の	突出	あり		
	立	ち上	が	る		自フ	りに	て同	ſ		介助な	がある	るとす	ij		「可							
	座			位		自力	ルご	て可				一支	で持	(口g	頂部 🗆	]背部)	があ	ると	可				
	座			111.		不可	J ()	脱落	方向	前	後	左	右)	<b>※</b> {	多動によ	り座位	1保持	不可	の場合	合は対	対象外		
	起	立位	保	持		正常	常に	可能	3		(1	寺間	• 30 /	分·	10分)	以上困	難		不能	1			
	移			乗		自っ	りに	て豆	ſ		一部分	介助に	こて	ग		於外助							
	除	圧	動	作		自フ	りに	て豆	<u> </u>		介助な	がある	るとす	ī į		「可							
	車	トライン ドラスティ かいしょう かいしょ かいしょ かいし	- 操	作				て豆			辛うし					] 不同	-	( , <b>-1</b> .	- بلد	<b>~</b>	<del></del>	<b>→</b> 1	
					*	目え	E可	の場	分	操作	万法{	両手	• 右	+・	左手・	石足・	左足}	{室	内の	み・:	至外も	미}	

製作区分	□新規 □再製作 □修理 □借受け										
		・ ・ ・ ダーメイド									
名称		分及び装 □ 採型 □頭・頚部 □上肢 □体幹部 □骨盤・大腿部									
	置の及.										
	支持部	頭     部     □頭部支え       上     肢     □上腕支え     □前腕・手部支え       体     幹     部     □平面形状型     □モールド型     □張り調節型       下     腿     部     □下腿支え       足     部     □フレックス構造									
	の連結部	固 定 □頚部 □腰部 □膝部 □足部   遊 動 □腰部 □膝部 □足部   角度調整用部品 □機械式 □ガス圧式 □電動式									
	レ 構 一 占 ム フ	使 用 材 料 □木材 □金属 □完成用部品( ) □車椅子( ) 付 加 機 能 □ティルト機構 □昇降機構 ※車椅子を使用する場合は別途車椅子意見書の記載も併せてお願いします。									
製作要素	部品・付属品	カットアウトテーブル 上 肢 保 持 部 品 体 幹 保 持 部 品 下 肢 保 持 部 品 下 肢 保 持 部 品 で ル ト 部 品 支 持 部 カ バー の 張 り 体 圧分散補助素材 そ の 他 の 他 の に からが出し、	□カットアウトテーブル □表面クッション張り □テーブル取付部品 □アームサポート □肘パッド □縦型グリップ □横型グリップ □頭頚部パッド □肩パッド □胸パッド □胸受ロール □体幹パッド □腰部パッド □骨盤パッド □殿部パッド □内転防止パッド □外転防止パッド □膝パッド □下腿保持パッド □足部保持パッド □肩 □腕 □手首 □胸 □骨盤 □股 □大腿 □膝 □下腿 □足首 □頭部 □上肢 □体幹部 (□平面形状型 □モールド型 □張り調整型) □骨盤・大腿部 (□平面形状型 □モールド型 □張り調整型) □アームサポート □テーブル □頭部 □上肢 □体幹部 □骨盤・大腿部 □下腿部 □足部 □キャスター (□多機能型) □介助用グリップ								
	調節機構	高 さ 調 節 □頭部 □体幹 □骨盤・大腿部 □足部 □アームサポート 前 後 調 節 □頭部 □骨盤・大腿部 □足部 角 度 調 節 □頭部 □テーブル 脱 着 機 構 □体幹パッド □骨盤パッド □膝パッド □アームサポート □内転防止パッド 閉 閉 機 構 □アームサポート □足部支持部									
	購入)、任	「「「「」「「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」	比								
借受け	に当たっ										
	由、留意		ļ								
主な完	成用部品										
使用	効果見	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】 記込									
上記の	とおり意	見します。									
年	月 日										
医療	機関	A Section 1. The section of the sect									
所	在 均	地									
作成医	師氏名										
電話	舌番 -	号 ( )									
		する項目にチェックしてください。									
□指	定自立支援	届祉法第15条の規定に基づき指定された医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照 医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照 i 害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医	报)								
	上の留意										

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師 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○又はレ印を付すこと 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具支給に関する意見書(補聴器用)

	審查欄	
	1 適当 2 不適当 3 要確認	
審査結果	【審査結果が2~3の場合は、その理由・内容等】	
審査医師		
審查年月日	年 月 日	
※下記の表面・	裏面の□や枠欄は必ず御記入ください	
氏 名	生年	日
住 所		歳
手 帳 障 害 名	□右(感音・伝音・混合) 難聴 □左(感音・伝音・混合) 難聴 □語音明瞭度不明瞭	級
原因となった疾病・外傷名		
現症	4分法による聴力レベル(右 dB)(左 dB)聴力検査日( 年 月 日 語音明瞭度検査 (右 %)(左 %)聴力検査日( 年 月 日 オージオグラム記載欄(※貼り付けも可) 500 1000 2000 -10 0 10 0 2000	目)

製	作	区	分	□新規	□再製作	乍	□修理	
								を記載してください。また、必ず、障害等級(2級〜6級)に 重度、他)を選定してください。
				名称、付属	品	右	左	対 象 者
				高度難聴用型 高度難聴用型				原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB未満 (手帳 6 級、4級の障害程度に相当) の方
名			称	重度難聴用型 ト型 重度難聴用耳型				原則として、装用耳の平均聴力レベルが 90 dB以上(手帳3級、2級の障害程度に相当)の方
			耳あな型レラ イド 耳あな型オー メイド	ーダー			身体上・職業上などの理由で、ポケット型および耳かけ型補 聴器の使用が困難な方。 (オーダーメイドの場合は障害の状 況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な方)	
				骨導式ポケッ 骨導式眼鏡型				伝音性・混合性難聴であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉 鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤーモールドの使用が 困難な方
				ワイヤレス補 ステム イヤーモー/				教育上、職業上等の理由で必要な方 (原則1個)
必要	更とす	<sup>-</sup> るま	里由	□教育上の 2. 耳あな型 □耳介のか	)理由 型・骨導式 て損・変用	□職業 式が必要 ジ □	削削を 関係を 関本場合 対 単に 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を 関連を	ム・両耳装用が必要な場合は下記の□にレ点を入れてください。 由 は下記の□にレ点をいれてください。 著しい □外耳道閉鎖症 □その他 ( ) 性について (レディメイドでは対応できない理由)
(両	引効果 耳装用 記載し	の場	合は		□学習	効果のi	改善	さい。  □音の認識・方向性の改善  □危険防止  上 □語音明瞭度の改善  □聴力レベルの改善  )
そ	Ø,	)	他	製作に当たっ	ての留意	点、使	用効果を	御記入ください。
上記	のとお		_					
一所作電 ※ □ □	字体障害 計定自立		Ŀ法第1 療機関	〔 〔目にチェック 5条の規定に基づ において当該医療	き指定され; を主として#	と医師で 担当するB	医師で、か	所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) つ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) 施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、 当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師 2 該当する項目はすべて記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に〇又はレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する意見書(車椅子用)

						審		査	欄				
			1	適当	2	不適	_ <del>_</del> 当	3	要確認	2. 2. —————————————————————————————————			
審	查	洁 果	【審团	査結果が 2	2~3の場	合は、そ	の理由	・内容等	<b>幹</b> 】				
審	查	医 師											
	査 年				年	J		目					
※下言	己の表面	面・裏面	jo □s	や枠欄に	必ず御	記入く	ぎさい						
氏		名	<b>7</b>						生年 月日		-	年 月	日
住		戸	F										歳
手	帳障	害名	<u></u>								手帳障害等級		級
		った別 傷 名			]労災 ]戦災 ぎ	□疾病(具体		先天性	□その	の他			)
発	生 年	月月	1			年	月	ごろ			<u> </u>		
【身	'体寸法	<u> </u>				座位肘	頭高				座位腋下高	> (	
身		£	Ž			座位下	腿長						_
体		<u> </u>	É			座位	戦 幅			座位	\	座位射頭高	5
座	位腋	下青	前			座底	長				座位	下腿長 座底長	
現在状	Eの障害	害部位 <i>の</i>		FIM∜E	I等AD	L機能評	価を行	っている	場合は、	それらの情報	Bも御記入ください。】		
使補の	用 装 状	是	<b>見</b> 己	·							記入ください。】		
		障害		腰龍				脱炉		重度	□中度 □ 軽原		なし
現在		の有無		あり						ことあり			
$\mathcal{O}$		の状態上がる		異常な自力に						□ <u>ೄ</u> □ 不可	痩せており、骨のタ	大山めり	
身体		位保を		自力に						<u>ロ                                    </u>			
体・	步	产产		屋外科							<u> </u>	可能 🗆	不可
活	車椅子	への移乗	_		こて可			助にて		□ 全介則			
活動状況	座	位	_	自力に						があると耳	可 □ 不可		
況	除月	王動作		自力に				あると		□ 不可			
	車椅	子の操作		自力に 自走す			部分的 方法{ī			不可 三手・右足	<ul><li>・左足} {室内のみ</li></ul>	み・室外も	可}

製作	区分	□新規 □再製作	: □修理
作成	方法	□モジュラー式(	標準) □オーダーメイド式 □レディメイド式 商品名( )
名		称	□自走用 □介助用
基本	価格	身 体 部 位	□標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)  □頭頚部
加	機	構 加 算	□リクライニング機構□ティルト機構 □ティルト・リクライニング機構 □リフト機構
	構	基本構造	□後方大車輪(標準) □前方大車輪 □ 6 輪構造 □幅止め
		シート	□スリング式(標準) □張り調整式 □板張り式 □奥行調整
		バックサポート	□スリング式 (標準) □張り調整式 □ワイドフレーム □バックサポート延長
	造		□高さ調整 □背座角度調整 □背折れ構造
算		フット・レッグサポート (片側)	□固定式(標準)□挙上式 □着脱式 □開閉着脱式 □挙上・開閉着脱式 □レッグベルト
	<b>₩</b>	フットサポート	□セパレート式(標準)□二重折込式 □中折式 □前後調整 □角度調整 □左右調整
	部		□ヒールループ □アンクルストラップ □ステップカバー
		アームサポート (片側)	□フレームー体型 □独立型 (□固定式(標準)□跳ね上げ式 □着脱式)
	品	/ F1/ W 1 (/1 IN)	□高さ調整 □角度調整 □拡幅 □延長
要		ブレーキ	□駐車ブレーキ (標準) □介助ブレーキ □フットブレーキ □延長レバー
		駆動輪・主輪	□固定式(標準)□着脱式 □車軸位置調整 □キャンバー角調整 □片手駆動 □レバー駆動
	加	タイヤ	□エア (標準) □ノーパンクタイヤ
		キャスタ	□ソリッド(標準) □衝撃吸収タイプ
素	算	ハンドリム	□プラスチック (標準) □ステンレス □アルミ □ピッチ30mm超え □片手駆動
术	开		□滑り止め □ノブ付き(□垂直ノブ)
		クッション	□平面形状型 □モールド型 □ゲル素材 □多層構造 □立体編物 □滑り止め加工 □防水加工
		座 板 背クッション	□座板 □クッション一体型 (クッションと併用加算は不可) □背クッション □滑り止め加工
		ヘッドサポート	□ 目 クッション □ 日 り 正 の 加工 □
付	禹 品	テーブル	□テーブル□テーブル取付部品(片側)
11	[편] 니니	転倒防止装置	
			□ × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 × 1 ×
			杖 □多脚つえ) □酸素ボンベ固定装置 □栄養パック取付用ガードル架 □点滴ポール
			け □泥よけ □スポークカバー □リフレクタ □高さ調整式手押しハンドル
		【型式・各様	<b>養構、サポート部、クッション及び附属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。</b>
製作	(購入	.) ,	
	にあたっ		
選定	理由、督	留意点	
		「加七油壮	』を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。 ■
		【是分冊表字	そで区川することで可能にはも動作者を共体的に呼此八くだとい。』
使用	効果	見 込	
L day	カレナン	 ) 意見します。	
1 1 1 1 1	ノこねり	ア息兄しより。 年 月 日	
左 烃	そ機 関	7.	
	で (機 ) 関 在	地	
所作成	任 医師氏名	. =	
,,,,			
	話番	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ر با در می اور از
		亥当する項目にチェ 考点4注第15条の規定	ック してください。 に基づき指定された医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
			に基づさ指定された医師で、かつ、所属医子芸において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) 該医療を主として担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
			- ションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

- 【記入上の留意事項】

  1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師

  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○又はレ印を付すこと。

  3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

《参考》

### 車椅子処方に当たっての留意事項

### 〈オーダーメイド対象者〉

1 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しない者 、2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

#### 〈自走用対象者〉

原則として安全に自力走行が可能か又はその可能性のある者

#### 〈 片 手 駆 動 型 対 象 者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

#### 〈レバー駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

#### 〈前方大車輪型対象者〉

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

### 〈リクライニング式対象者〉

- 1 頚髄損傷者で低血圧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がある者
- 2 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

### 〈ティルト式対象者〉

脳性麻痺、頚髄損傷、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

### 〈手動リフト式対象者〉

リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

#### 〈 バ ッ ク サ ポ ー ト 修 理 加 算 対 象 者〉

1 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者。リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要。

2 枕 (オーダー)

体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者。

3 張り調整式バックサポート

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者。

4 高さ調整式バックサポート

成長期の児童。最初の1台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て高さ変更があり得る者。

5 背折れ機構

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場合等に必要。

### 〈アームサポート修理加算対象者〉

1 高さ調整式アームサポート

成長期の児童でアームサポートの高さの変更の必要がある者。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で、かつ、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。

2 角度調整式アームサポート

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。

3 跳ね上げ式アームサポート・脱着式アームサポート

移乗動作時に必要な者。

4 アームサポート幅広

上肢筋力低下により、肘が落ちやすい者。

5 アームサポート延長

リクライニング時に肘が落ちる者。

### 〈フットサポート修理加算対象者〉

1 フットサポート前後・角度・左右調整

成長期の児童。足関節の可動域制限がある者。下肢装具をつけたまま車椅子乗車する者等。

### 〈レッグサポート修理加算対象者〉

1 脱着式レッグサポート

足こぎが主な操作手段の者。移乗動作時に必要な者。

2 挙上式・開閉挙上式レッグサポート (パッド形状)

膝関節の屈曲制限がある者。

### 〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・立体編物・ゲルとウレタンフォームの組合せのもの
  - (1)軽・中度の感覚障害がある者
  - (2) 皮膚が弱い、又は殿部の組織が薄いため必要とする者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 特殊な空気構造のもの・フローテーションパッド

重度の感覚障害等があり、褥瘡のできる可能性が極めて高い場合あるいは現に褥瘡ができている場合

# 補装具費支給に関する意見書(簡易電動車椅子用)

								看	F	査	欄							
			1	ì	適当		2	不適	当	3	要確認	忍						
審	査 絹	吉 果	[	審査	結果が	$2 \sim 3$	の場	合は、そ	の理	由・内容	等】							
審	查	医 師																
審	査 年	月日					年		月	日								
※下訂	己の表面	事・運	面の	マヤ	枠欄	は必っ	ず御	記入く	ださい	/ \								
氏		ź	名								生年 月日					年	月	日
住		j	折															歳
手	帳障	害。	名											手帳障	害等級			級
	引とな ・ 外		矢   夕	□交 □戦 □自		□労 □戦 害		□疾症 (具体		]先天性	E □ そ	の他				•		)
発	生 年	月	日					年	F	ごろ				)				
【身	体寸法	:]						座位別	<b></b> 」頭高					) 座位	旅下高	> (		
身		:	長					座位「	₹腿長			,				<u> </u>		
体			重					座 位	殿幅				座位育				座位肘頭高	
座	位 腋	下	高					座原						<u> </u>		位下腿長	座底長	
現在状	Eの障割		况											も御記入く				
使 補	用 装		中具	使用	中の補	装具(	(あり	・なし)	【使用	中の場合	はその具	体的状	:況を御記	!入くださレ	\ <u>`</u>			
0	状		況															
	感覚		害	(		背部			部)					□中度	□軽			なし
現在		の有			あり						にできた				去・現			
在の		の状!			異常						変色あり			せており	、骨の	突出る	5り	
身		上が 位保:	_			にて				がある	<u>と 刊</u> ・支え)		<u>不可</u> · <del>可</del>		2			
身体・	歩					移動								<u>ロー 小服</u> ベッド周		7可能	П	不可
	_	への移動				にて				介助に			全介助	∠ 1 /HJ]	<u>/2/1</u>	, , , , ,		1 1
活動状況	座					にて					<u>・</u> 頭部)				不可			
状   況		E 動				にて				がある			不可		-			
νu	車椅子	一の操作	F. I	□ <b>※</b>		にて 可の					右手・	不可 左手		左足}{	室内の	み・営	≧外も1	可}
	l				/ —	-	H	4.14.11				_ •			. —. •			- /

		□新規 □再製									
作成	方法	·	(標準) □オーダーメイド式 □レディメイド式 商品名( )								
名		称	□簡易型電動(□切替式 □アシスト式)								
基本	価格	身 体 部 位	□標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)  □頭頚部								
加	機	構 加 算	□リクライニング機構 □ティルト機構 □ティルト・リクライニング機構 □その他( )								
///	構	操作ボックス	□標準ボックス(標準)								
	1冊	操作レバー	□感度調整式ジョイスティック (標準) □ばね圧変更								
		スイッチ	□標準スイッチ □スイッチ延長								
		バッテリ	□リチウムイオンバッテリ (標準) □ニッケル水素バッテリ (37,000円減額)								
	造	基本構造	□後方大車輪(標準) □幅止め構造								
haba		シート	□スリング式(標準) □張り調整式 □板張り式 □奥行調整								
算			□スリング式(標準) □張り調整式 □ワイドフレーム □バックサポート延長								
	<del>7</del> 77	バックサポート	□高さ調整 □背座角度調整 □背折れ構造								
	部		□固定式(標準) □挙上式 □着脱式 □開閉着脱式 □挙上・開閉着脱式								
		フット・レッグサポート(片側)	□レッグベルト全面張り								
			□セパレート式(標準)□二重折込式 □中折式 □前後調整 □角度調整 □左右調整								
	品	フットサポート	□ヒールループ □アンクルストラップ □ステップカバー								
要			□□□								
		アームサポート (片側)	□高さ調整□角度調整□幅広□延長								
	-be	ブレーキ	□電動又は電磁ブレーキ □駐車ブレーキ □その他( )								
	加	タイヤ	(a. con)								
		キャスタ	□ソリッド(標準) □衝撃吸収タイプ								
			□フランド (標準) □因掌数収ケイン □プラスチック (標準) □ステンレス □アルミ □ピッチ30mm超え □片手駆動								
素	算	ハンドリム	ロックベアック (標準) ロベアンレベーロアルミーロビック30mm過2 ロガチ駆動   □滑り止め □ノブ付き (□垂直ノブ)								
		クッション									
		座板	□座板 □クッション一体型 (クッションと併用加算は不可)								
			□背クッション □滑り止め加工								
			□着脱式(枕含む)□マルチタイプ(枕含む)□枕(□オーダーメイド □レディメイド)								
		テーブル	□テーブル □テーブル取付部品 (片側)								
		転倒防止装置	□標準(基本価格に含まれる)								
付易	禹 品	□搭載台(□呼									
			本杖 □多脚つえ) □酸素ボンベ固定装置 □栄養パック取付用ガードル架 □点滴ポール								
			よけ □泥よけ □スポークカバー □リフレクタ □高さ調整式手押しハンドル								
			アーム □手動チンコントロール一式 □多様入力コントローラ(□非常停止スイッチボックス								
			チボード □8方向スイッチボード □小型ジョイスティックボックス □フォースセンサ								
			」 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								
			$\cap$ 口間 $g(x)$ の $g($								
		【刑士、友	ソ ) □ ての他(								
	(購入	.) 、	FIXIH、ヶ小 「印、ケツィョイ及UPII病中寺の港ル理由、他市由と比較した状况寺の詳細を仰託八ください。」								
	こあたっ	-									
選定理	里由、 🛚	省意点									
		【処方補装	長具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】								
使 用	効 果	見 込									
上記	のとおり	意見します。									
		年 月 日									
	機関										
所	在	地									
	医師氏名										
	話番	•									
			ェックしてください。								
			定に基づき指定された医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)								
			当該医療を主として担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)								
		本障害者リハビリテ 辛車項】	・一ションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師								

#### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師
- 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 $\bigcirc$ 又は $\nu$ 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の立合いのもとで行うこと。

### 車椅子処方に当たっての留意事項

### 〈オーダーメイド対象者〉

1 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しない者 、2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

### 〈自走用対象者〉

原則として安全に自力走行が可能か又はその可能性のある者

#### 〈 片 手 駆 動 型 対 象 者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

#### 〈レバー駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

#### 〈前方大車輪型対象者〉

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

### 〈リクライニング式対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧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がある者
- 2 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

### 〈ティルト式対象者〉

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

### 〈手動リフト式対象者〉

リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

#### 〈 バ ッ ク サ ポ ー ト 修 理 加 算 対 象 者〉

1 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者。リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要。

2 枕 (オーダー)

体幹筋、頭部筋の麻痺等により頭部の位置を微調整する必要がある者。

3 張り調整式バックサポート

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者。

4 高さ調整式バックサポート

成長期の児童。最初の1台目の車椅子で、使用の慣れ等により背当て高さ変更があり得る者。

5 背折れ機構

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場合等に必要。

### 〈アームサポート修理加算対象者〉

1 高さ調整式アームサポート

成長期の児童でアームサポートの高さの変更の必要がある者。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で、かつ、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。

2 角度調整式アームサポート

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。

3 跳ね上げ式アームサポート・脱着式アームサポート

移乗動作時に必要な者。

4 アームサポート幅広

上肢筋力低下により、肘が落ちやすい者。

5 アームサポート延長

リクライニング時に肘が落ちる者。

### 〈フットサポート修理加算対象者〉

1 フットサポート前後・角度・左右調整

成長期の児童。足関節の可動域制限がある者。下肢装具をつけたまま車椅子乗車する者等。

### 〈レッグサポート修理加算対象者〉

1 脱着式レッグサポート

足こぎが主な操作手段の者。移乗動作時に必要な者。

2 挙上式・開閉挙上式レッグサポート (パッド形状)

膝関節の屈曲制限がある者。

#### 〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・立体編物・ゲルとウレタンフォームの組合 せのもの
  - (1) 軽・中度の感覚障害がある者
  - (2) 皮膚が弱い、又は殿部の組織が薄いため必要とする者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 特殊な空気構造のもの・フローテーションパッド

重度の感覚障害等があり、褥瘡のできる可能性が極めて高い場合あるいは現に褥瘡ができている場合

# 補装具費支給に関する意見書(電動車椅子用)(簡易型電動車椅子は除く。)

								審		查	欄					
				1	適量	Í	2	不適当	Í	3 要	確認	2				
審	査	結	果	[ a	審査結果	<b>!</b> が 2 ^	~ 3 の場	<b>湯合は、そ</b>	の理由・内	內容等】						
審	査	医	師													
審	查句	三月	日				年	F	1	日						
※下	記の	表面・	裏面	の[	一や枠	欄は	必ず街	記入くが	ぎさい	1						
氏			名							生年 月日				年	月	日
住			所								•					歳
手	帳	章害	名										手帳障害等級			級
原	因と	なっ	った		交通	口劣		□疾病	□先	天性 □	]そ(	の他		•		
疾	病 •	外傷	5名		戦傷 自然災	□戦 害}	沙	(具体/	名:							)
発	生生	F 月	日					年	月ごろ	)						
【身	体寸	法】					座位	肘頭高					座位腋下高	\{\frac{1}{2}\}		
	身	長					座位	下腿長								
	体	重					座位	立 殿 幅				座位臀巾		座位	村頭高	
	座位脉	友下高					座	底 長					座位	下腿長座底	長	
				[	F I M <sup>3</sup>	ÞB I €	等ADI	L機能評価	を行ってい	いる場合は	は、そ	とれらの情報	も御記入ください。】			
-	在															
部	位の	ソ状	況													
使	F	Ħ	中	使	用中の神	接具	(あり・	・なし)【何	<b></b> 使用中の場	合はその	具体	的状況を御言	記入ください。】			
補	∦ 글	奏	具													
Ø		犬	況													
現	-	覚障						設部) □				□中度				
在		のす		_	あり								過去・現在とも			
<i>(</i> )		のり		-									らり、骨の突出あ	9		
身		<u>上</u> か こ位 伊			自力に自力に			□介助が □ (つか				· <u>」</u> 可				
体	步	- 14. 17	行		屋外科								<u>`⊩</u> ・ド周囲)歩行可	能 口	不可	
•	_	への移			量力に			<u>- / / / / / / / / / / / / / / / / / / /</u>					1 /4 /4/ /5/ 11 /1	#C	11	
活	座	*21/2	位		<u>ロノスに</u> 自力に			<u> </u>					□不可			
動		王動						<u>- / / / / / / / / / / / / / / / / / / /</u>			不同					
状								□ 部								
況	単桁-	子の操	1/F	*									・左足}{室内の	み・室	外も可	}

製	作	区	分	□新規 □ 再製作 □修理
作	成	方	法	□モジュラー式(標準) □オーダーメイド式 □レディメイド式 商品名( )
名	称	標準	形	□低速用4.5km/h以下 □中速用6km/h以下
基本	価 格	身体	部 位	□標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) □頭頚部
加	機	構 加	算	□手動リクライニング機構 □電動リクライニング機構 □電動ティルト機構
	1/%	1177 //14	升	□電動ティルト・リクライニング機構 □電動リフト機構
	構	操作ボッ	ックス	□標準操作ボックス(標準)
		操作レ	バー	□感度調整式ジョイスティック (標準) □ばね圧変更
		スイ	ッチ	□標準スイッチ □スイッチ延長
	造	バッ	テリ	標準形 □シールドバッテリ (標準) □リチウムイオンバッテリ
算		基本	構造	□後方大車輪(標準) □その他( )
		シ	<u>۲</u>	□板張り式(標準) □スリング式 □張り調整式 □奥行調整
	部	バックサ	ポート	□スリング式(標準) □張り調整式 □ワイドフレーム □バックサポート延長 □高さ調整
	нь	/ <b>\</b> \ \ \ \ \ \ \	W . L	□背座角調整 □背折れ構造
		フット・レッグサオ	ピート (上側)	□固定式(標準) □挙上式 □着脱式 □開閉着脱式 □挙上・開閉着脱式
	品品	771-77714	ト ト (川関)	□レッグベルト(全面張り)
要	口口	フットサ	ポート	□セパレート式(標準)□セパレート式(二重折込式)□前後調整 □角度調整 □左右調整
		ノットリ	₩ — F	□ヒールループ □アンクルストラップ □ステップカバー □金属製フットサポート
		アームサポー	ト (上畑)	□フレーム一体型(□固定式:標準 □跳ね上げ式 □着脱式)□独立型(□固定式 □跳ね上げ
	加	) 4)%	1、(川側)	式□着脱式) □高さ調整 □角度調整 □アームサポート幅広 □アームサポート延長
		ブレ	ーキ	□電動又は電磁ブレーキ (標準)
		タイ	ヤ	□エア (標準) □ノーパンクタイヤ
素	算	キャ	スタ	□エア (標準) □ノーパンクタイヤ
		口パワース	ステアリ	ング 口クライマーセット 口手動スイングアーム チンコントロール一式(口電動 口手動)
		□多様入え	カコント	ローラー(□非常停止スイッチボックス □4方向スイッチボード □8方向スイッチボード
		□小型ジョ	ョイステ	イックボックス □フォースセンサ □足用ボックス) □簡易1入力
付点	禹 品	□ジョイン	スティッ	クレバーノブ(□(小ノブ、球ノブ、こけしノブ) □(U/ブ、+字/ブ、ペン/ブ、太長/ブ、T字/ブ、極小/ブ))
		□クッシ:	ョン(ロ	平面形状型 □モールド型 □ゲル素材 □多層構造・立体編物 □滑り止め加工 □防水加工)
		ロヘッド	サポート	(□着脱式(枕含む)□マルチタイプ(枕含む)□枕(オーダーメイド)□枕(レディメイド)
		その他(		)
製作	(購入	) \ [3	型式・各村	後構、サポート部、クッション及び附属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】
	こあたっ			
選定理	里由、 留	7意点		
		13	処方補装具	具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】
使 用	効 果	見 込		
上記の	とおり意	見します。		
年	月	日		
医療機				
所在地				
作成医				
電話番		_	(	
		る項目にチュ		
				基づき指定された医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
				医療を主として担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)
		著者リハヒ 空車で】	ジリテー	ンョンセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団

### 電動車椅子処方にあたっての留意事項

#### 〈電動リクライニング式普通型対象者〉

次の要件を満たし、この電動車椅子の使用により自力でのリクライニング操作が可能となる者

- (1) 頚髄損傷者で低血圧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がある者
- (2) 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

### 〈電動リフト式普通型対象者〉

手動リフト式普通型車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子を使用することに自力乗降が可能となる者 等日常生活又は社会生活において真に必要な者

※自力乗降が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、真に必要と認められる場合は、交付対象となる場合があります。

### 〈電動ティルト式普通型対象者〉

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もの等の要件を満たし、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

### 〈電動リクライニング・ティルト式普通型対象者〉

上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での リクライニング及びティルト操作が可能となる者

### 〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・立体編物・ゲルとウレタンフォームの組合せのもの
- (1) 軽・中度の感覚障害がある者
- (2) 皮膚が弱い、又は殿部の組織が薄いため必要とする者
- (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの・特殊な空気構造のもの・フローテーションパッド 重度の感覚障害等があり、褥瘡のできる可能性が極めて高い場合又は現に褥瘡ができている場合
- 3 モールド型
  - 上記1又は2の条件に適合する場合

### 〈電動車椅子速度選定〉

新規交付者は原則として4.5 km / hの機能の電動車椅子とする。ただし、操作能力に問題がなく、特に必要と認められる場合は、6 km / hの機能の電動車椅子を交付することができる。

# 補装具費支給に関する意見書(重度障害者用意思伝達装置用)

		審	査	欄					
		2 不適当	3	要確認					
審査結果	【審査結果が2~3の	場合は、その理じ	由・内容等	<b>音】</b>					
審 査 医 師									
審查年月日	4	年 月	日						
※下記の表面・裏	面の□や枠欄は必つ	ず御記入くださ	えい						
氏 名				生年月日			年	月	日
住所									歳
手帳障害名	□肢体 □音声・	言語 □その	)他(		)	手帳障害等級			級
原因となった疾病・外傷名	□交通 □労災 □戦傷 □戦災 □自然災害	□疾病 □先 (具体名:	元天性 [ 	□その他 				)	
疾病·外傷 発生年月日		年月ご	ごろ						
現在の	【現在の障害状況、A DL機能評価を行って						た、FI	M∜B.	I等A
上下肢機能等 の 状 況									
及び進行状況									
	. ,		-	_		取れる □ 耶			
音声・言語	【音声・言語機能障害	を有さない場合に	1、具体的	な障害状況	ベADL	<b>ツ状况を詳しく御記</b> 。	人くださ	V ′₀ ]	
機能の状況			_		_		_	_	_
人 工 呼 吸 器 の 装 着	□ あり □	なし							
知的操作能力	□ 可能 □	今後の習熟は	ー こより可	能□	] 不可	能			
		3位			動作				
操作上		3位 / 位			動作				
利用可能な   身体能力		3位 3位			動作動作				
		3位			動作				

製 作 区 分	□新規 □再製作 □修理 □借受け					
	形式	□文字等走査入力方式 □生体現象方式 品名 ( )				
名称	必要とする装置	□本体 □プリンタ □固定台 □呼び鈴 □入力装置固定具 □呼び鈴分岐装置 □その他( )				
	入力装置(スイッチ) の種類	□接点式 □帯電式(□タッチ式入力装置 □ピンタッチ式先端部) □筋電式 □光電式 □呼気式(吸気式) □圧電素子式 □空気圧式 □視線検出式入力式 □遠隔制御装置 □その他( )				
	【型式、入力装置 すべき事項を御記	等、完成用部品等の指定及び選定理由、他部品と比較した状況、借受け期間など留意 入ください。】				
製作(購入)、修 理、借受けに当た っての選定理由、 留 意 点						
	【処方補装具を装	着・使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】				
使用効果見込						
上記のとおり意見しま	きす。					
年 月						
医療機関名 所 在 地						
所 住 地 作成医師氏名						
電話番号	(	)				
□ 指定自立支援医療機関	5条の規定に基づき指定 において当該医療を主と	ください。 された医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) して担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照) ・ター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師				

- 【記入上の留意事項】

  1 平成 19 年厚生労働省告示第 108 号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師

  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○又はレ印を付すること

  3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する意見書(その他用)

※太枠欄は記入しないでください。

							審	垄	Ī	根	刺					
				1	適当	2	不	適当		3	要確認					
審	査	結	· 身		審査結果	が2~	3の	場合は	、そ	の理	由・内容	容等	]			
審	査	医	. fi	币												
審	查生	年 丿	月月	∃		年	Ē	月		日						
※下	記の表	長面	・裏口	面の口々	や枠欄は	必ず御	記入。	ください	,							
氏			名							生年月 日				年	月	日
住			所								•					歳
手	帳 障	害	名										手帳障害等網	及		級
	日とな			□交通 □戦傷	<ul><li>□ □ 労</li><li>□ □ 戦</li></ul>	<sub>1</sub>		□先天	だ性	□ そ	の他				,	
	· 外			□自然	:災害	( <u></u>	体名	:							)	
	病 生 年						年	月	ごろ							
				[FII	MやB I 等	ADL核	<b>後能評</b> 個	<b>舌を行って</b>	ている	場合は	t、それら(	の情報	最も御記入くだ	さい。】		
現	在の	障	害													
部	位の	状	況													
															重面に約	± /

製 作 区 分	□新規 □再製作 □修理 □借受け						
	□歩行器 □視覚障害者安全つえ □歩行補助つえ □眼鏡(□矯正用 □遮光用 □コンタクトレンズ □弱視用 □その他) □義眼(□レディメイド □オーダーメイド)						
名称	□座位保持椅子(□車載用 □頭部保持具 □軟性内張り □机上用の盤) □その他( )						
	品名(						
	【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品等の指定、他部品と比較した状況、借受け期間など留意すべき事項を御 記入ください。】						
製作(購入)、修理、							
借受けに当たって							
の選定理由、留意点							
	【処方補装具を装着・使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】※予防、治療、訓練目的等で						
	は対象になりません。						
使用効果見込							
上記のとおり意見し	 ます。						
	月 日						
医療機関名							
所 在 地							
作成医師氏名							
電話番号	( )						
  ※ 下記の該当する項	目にチェックしてください。						
□ 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で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)							
□ 指定自立支援医療機関に	□ 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医(※【記入上の留意事項1】参照)						
□ 国立身体障害者リハ	ビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師						

### 【記入上の留意事項】

- 1 平成19年厚生労働省告示第108号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師
- 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○又はレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作業者の立合いのもとで行うこと。

# 補装具費支給に関する主治医等の意見書(特殊な疾病用)

※下記の表面・裏面の□や枠欄は必ず御記入ください

氏名		年	月	日生 (	歳)			
障害	名及び原因となった疾病・外傷名							
\• / 17 thr.		シュートロントラント リ	0 \\	人一中ロット				
	※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で定める特殊の疾病 (難病等)に該当(□する □しない)							
※難:	※難病に該当する場合の支給決定手続について(□迅速 □一般)							
	障害・疾患等の状況(注:下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても御記入ください。)							
V	(13、为严重伙争》及别伙师(自己及	. 3) Tr C O		C V 0)				
	補装具の種目、名称							
	【製作区分】□新規 □再製作 □修	理 □借受け						
必要								
と認	hn + real b local local beautiful and a loca	Detailed to the control of the contr	who were to the days to					
必要と認める補装具	浴 │ 処 方【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品等の指定及び選定理由、他部品と比較した状況、借受け期間など留意すべ ・ き事項を御記入ください。】							
補								
具								
	使用効果見込み【処方補装具を装着・使	更用することで可能。 で用することで可能。	となる動作等	を具体的に御記	入ください。】			
	 記のとおり意見する。							
	年 月 日							
	病院又は診療所	名						
	=r.++ u6							
	所在地							
診療担当科名								
	作成医師氏名							

## 特例補装具費支給に関する理由書(医師用)

診る	奎日		年	月	日	
氏	名				住 所	
	具の :及び					
障害者の状況	(2)	身体の 日常生		至生活・そ	上会生活)	の状況
況 特	(1)	 - 特例補	装具の特	<b>毕徴</b>		
例補装具を要		13 23116				
する医	(2) 支障	特例補	装具の必	必要性及び	が効果、他	製品(製品名)と比較検討した結果並びに基準内補装具による
区学的 理由						
総合的意見						
上	記の理	里由によ	り特例補	装具の交	付が必要で	です。
		年	月	日		医療機関名 所 在 地 診療科目名 医 師 氏 名
(	(宛先) 静岡市地域リハビリテーション推進センター所長					