

(表面)

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 査 欄		
審 査 結 果		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 査 医 師				
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)			
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 ごろ				
切 断 ・ 離 断 ・ 欠 損 部 位	右 (☐ 肩甲胸郭間 ☐ 肩 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手根骨 ☐ 中手骨 ☐ 基節骨(第 指) ☐ 中節骨(第 指) ☐ 末節骨(第 指)) 左 (☐ 肩甲胸郭間 ☐ 肩 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手根骨 ☐ 中手骨 ☐ 基節骨(第 指) ☐ 中節骨(第 指) ☐ 末節骨(第 指))				
切 断 施 術	年 月 ごろ				
現 在 の 障 害 部 位 の 状 況	【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。】				
使 用 中 補 装 具 の 状 況	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。】				

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け		
製 作 部 位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側		
名 称 (基 本 価 格)	採型区分	形式	
	☐ 肩義手 ☐ 上腕義手 ☐ 肘義手 ☐ 前腕義手 ☐ 手義手 ☐ 手部義手 ☐ 手指義手	☐ 能動式 ☐ 電動式 その他 (☐ 装飾用 ☐ 作業用)	
製 作 要 素	ソケット	☐ 皮革 ☐ 熱硬化性樹脂 ☐ 熱可塑性樹脂 ☐ 電動式加算	
	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	☐ 能動式 ☐ 電動式 ☐ その他 ☐ 肩部 ☐ 上腕部 ☐ 前腕部 ☐ 手部 ☐ 熱硬化性樹脂 ☐ 熱可塑性樹脂 ☐ 肩義手のソケット部形状修正又は上腕部接続部の修正	
	義手用ハーネス	☐ 肩義手用 ☐ 上腕義手用 ☐ 肘義手用 ☐ 前腕義手用 ☐ 手義手用 ☐ 手部義手用	☐ 胸郭バンド式肩ハーネス式 ☐ 胸郭バンド式上腕ハーネス式 ☐ 胸郭バンド式前腕ハーネス式 ☐ 肩たすき式 ☐ 8字ハーネス式 ☐ 9字ハーネス式 ☐ たわみ式肘継手 (一組) ☐ Yストラップ ☐ 上腕カフ (三頭筋パッド)
	断端袋	☐ 上腕用 ☐ 前腕用	
	外装 (義手用)	☐ 肩部 ☐ 上腕部 ☐ 前腕部	☐ 皮革 ☐ プラスチック ☐ 塗装
	完成用部品	肩継手 ☐ 隔板式 ☐ 屈曲・外転式 ☐ ユニバーサル式 使用部品 () 肘継手 ☐ 硬性たわみ式 ☐ 単軸ヒンジ ☐ 多軸ヒンジ式 ☐ 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 使用部品 () 手先具 ☐ 能動ハンド ☐ 能動フック ☐ 装飾ハンド ☐ 装飾手袋 ☐ 作業用手先具 使用部品 () その他 ☐ ケーブルセット ☐ ハーネス部品 ☐ フック用先ゴム ☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー ☐ その他 () 使用部品 ()	
製作 (購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点、主な部品名等	【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、借受期間など留意すべき事項を御記入ください。】		
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ください。】		
上記のとおり意見します。 年 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、必ず補装具製作者の立合いのもとで行うこと。

(表面)

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 査 欄		
審 査 結 果	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 査 医 師		
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名:)			
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 日				
切 断 ・ 離 断 ・ 欠 損 部 位	右 (☐ 片側骨盤 ☐ 股 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ サーム ☐ ショパール ☐ リスフラン ☐ 中足骨 ☐ 足指) 左 (☐ 片側骨盤 ☐ 股 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ サーム ☐ ショパール ☐ リスフラン ☐ 中足骨 ☐ 足指)				
切 断 施 術	年 月 日				
現 在 の 障 害 部 位 の 状 況	【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。】				
使 用 中 補 装 具 の 状 況	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。】				

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け		
製 作 部 位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側		
名 称 (基本価格)	採型区分	形式	加算
	☐ 股義足 ☐ 大腿義足 ☐ 膝義足 ☐ 下腿義足 ☐ サイム義足 ☐ 足根中足義足 ☐ 足趾義足	☐ 差込式 ☐ ライナー式 ☐ 吸着式 ☐ PTB式 ☐ PTS式 ☐ KBM式 ☐ TSB式 ☐ 有窓式 ☐ 足袋式 ☐ 下腿部支持式	☐ 片側骨盤切断用 ☐ 短断端切断用キャップシャフト ☐ 座骨収納型ソケット ☐ 大腿支柱付き ☐ チェックソケット (☐ 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 (選定理由) ☐ その他 ()		
製 作 要 素	ソ ケ ッ ト	☐ 木製 ☐ 皮革 ☐ 熱硬化性樹脂 ☐ 熱可塑性樹脂 ☐ エアクッションソケット ☐ カーボンストッキネット ☐ 下腿部支持式 ☐ 二重ソケット	
	ソ フ ト イ ン サ ー ト	☐ 皮革 ☐ 軟性発泡樹脂 ☐ 皮革・軟性発泡樹脂 ☐ 皮革・フェルト ☐ シリコーン ☐ 下腿部支持式	
	支 持 部 (義 足 用)	☐ 股部 ☐ 大腿部 ☐ 下腿部 ☐ 足部 (サイム義足を含む)	使用材料 ☐ 木製 ☐ 熱硬化性樹脂 ☐ 軟性発泡樹脂
		備考 ☐ 股義足：ソケット接続部の形状や股継手の土台積層修正 ☐ 鉄脚使用	
	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	☐ 懸垂帯一式 ☐ シレジアバンド一式 ☐ 肩吊り帯 ☐ 腰バンド ☐ 横吊帯 ☐ 義足用股吊帯一式 ☐ PTBカフベルト一式 ☐ 大腿コルセット一式
	外 装	☐ 股部 ☐ 大腿部 ☐ 下腿部 ☐ 足部	☐ 皮革 ☐ プラスチック ☐ 塗装 ☐ 表革 ☐ 裏革 ☐ リアルソックス
	断 端 袋	☐ 大腿用 ☐ 下腿用	
完 成 用 部 品	股継手 ☐ ヒンジ継手 使用部品 ()		
	膝継手 ☐ ヒンジ継手 使用部品 ()		
	足 部 ☐ 多軸足部 ☐ SACH足部 ☐ 装飾足袋 使用部品 ()		
	その他 ☐ 吸着バルブ ☐ 懸垂ベスト ☐ KBMウェッジ ☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー ☐ ベルト付先ゴム ☐ SACH用アングルブロック ☐ リアルソックス ☐ 先ゴム ☐ 踵ゴム ☐ スプリングゴム ☐ フットカバー ☐ スペクトラソックス ☐ 除圧パッド ☐ サイム用ボルト ☐ その他 () 使用部品 ()		
製作 (購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点、主な部品名等	【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、借受期間など留意すべき事項を御記入ください。】		
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ください。】		
上記のとおり意見します。 年 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】

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

（表面）

補装具費支給に関する意見書（骨格構造義手用）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	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 査 医 師	
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 （具体名： ）	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日		
切断・離断・欠損部位	右（ ☐ 肩甲胸郭間 ☐ 肩 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手根骨 ☐ 中手骨 ☐ 基節骨（第 指） ☐ 中節骨（第 指） ☐ 末節骨（第 指）） 左（ ☐ 肩甲胸郭間 ☐ 肩 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手根骨 ☐ 中手骨 ☐ 基節骨（第 指） ☐ 中節骨（第 指） ☐ 末節骨（第 指））		
切断施術	年 月 日		
現在の障害部位の状況	【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。】		
使用補装具の状況	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。】		

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け		
製 作 部 位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側		
名 称 (基本価格)	採型区分	形式	加算
	☐ 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)	☐ 肩甲胸郭間切断用 ☐ 吸着式 ☐ 顆上懸垂式 ☐ スプリットソケット ☐ チェックソケット (☐ 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 ※作業用手先具は3個まで
製 作 要 素	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	☐ 肩義手用 ☐ 上腕義手用 ☐ 肘義手用 ☐ 前腕義手用 ☐ ソケットとの接続部の修正	
	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 ()	
完 成 用 部 品	肩 継 手	☐ 屈曲・外転式 ☐ ユニバーサル式 使用部品 ()	
	肘 継 手	☐ 単軸式 (単軸固定式) ☐ 単軸式 (軸摩擦式) ☐ 作業用幹部式 使用部品 ()	
	手 継 手	☐ 面摩擦式 ☐ 軸摩擦式 ☐ 手屈曲式 ☐ 手部コネクタ ☐ 作業用幹部式 使用部品 ()	
	義 手 調 整 部 品	☐ ソケットアダプター ☐ チューブ 使用部品 ()	
	手 先 具	☐ 装飾ハンド ☐ 手袋 (コスメチックグラブ) ☐ 作業用手先具 使用部品 ()	
	外 装 部 品	☐ コネクションプレート ☐ フォームカバー 使用部品 ()	
	そ の 他	☐ ハーネス部品 ☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー (ピンアタッチメント あり・なし) ☐ その他 () 使用部品 ()	
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、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。】		
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ください。】		
上記のとおり意見します。 年 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判定医師研修会を修了している医師			

【記入上の留意事項】

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

審 査 欄		
審 査 結 果	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 査 医 師		
審 査 年 月 日	年 月 日	

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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)	
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 日		
切 断 ・ 離 断 ・ 欠 損 部 位	右 (☐ 片側骨盤 ☐ 股 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ サーム ☐ ショパール ☐ リスフラン ☐ 中足骨 ☐ 足指) 左 (☐ 片側骨盤 ☐ 股 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ サーム ☐ ショパール ☐ リスフラン ☐ 中足骨 ☐ 足指)		
切 断 施 術	年 月 日		
現 在 の 障 害 部 位 の 状 況	【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。】		
使 用 中 補 装 具 の 状 況	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。】		

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け		
製 作 部 位	☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側		
名 称	採型区分	形式	加算
	☐ 股義足 B-1 ☐ 大腿義足 B-2 ☐ 膝義足 B-3 ☐ 下腿義足 B-4 ☐ サイム義足 B-5	☐ 差込式 ☐ ライナー式 ☐ 吸着式 ☐ PTB式 ☐ PTS式 ☐ KBM式 ☐ TSB式 ☐ 有窓式 ☐ その他 ()	☐ 片側骨盤切断用 ☐ 短断端切断用 ☐ 座骨収納ソケット ☐ チェックソケット (☐ 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 (選定理由) ☐ その他 ()		
製 作 要 素	ソ ケ ッ ト	☐ 熱硬化性樹脂 ☐ 熱可塑性樹脂 ☐ 木 製 ☐ 皮 革 ☐ 二重式 ☐ エアクッション ☐ カーボンストッキネット ☐ 下腿支持部式 ☐ その他 ()	
	ソ フ ト イ ン サ ー ト	☐ 皮 革 ☐ 軟性発泡樹脂 ☐ 皮革・軟性発砲樹脂 ☐ 皮革・フェルト ☐ シリコーン ☐ その他 ()	
	支 持 部	☐ 股義足用 ☐ 大腿義足用 ☐ 膝義足用 ☐ 下腿義足用 (サイム義足を含む) ☐ その他 ()	
	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 装	☐ 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	
完 成 用 部 品	股 継 手	☐ カナダ式 ☐ ロック式 品名 ()	
	膝 継 手	☐ 単軸膝 (☐ 遊動式 ☐ ロック式) ☐ 多軸膝 (☐ 遊動式 ☐ ロック式) ☐ 安全膝 (☐ 空圧 ☐ コンピューター制御 ☐ スプリング) 品名 ()	
	足 継 手	☐ 固定式 (SACH足用) ☐ 遊動式 (☐ 単軸足用 ☐ 多軸足用) 使用部品 ()	
	義 足 調 整 部 品	☐ ブロック ☐ コネクタ ☐ チューブ ☐ クランプアダプタ ☐ ターンテーブル ☐ トルクアップソーバー ☐ ショックアップソーバー ☐ 伸展屈曲装置 使用部品 ()	
	足 部	☐ SACH足部 ☐ 単軸足部 ☐ 多軸足部 ☐ サイム用足部 使用部品 ()	
	足 部 調 整 用 部 品	☐ バンパー ☐ ボルト 品名 ()	
	外 装 用 部 品	☐ 保護カバー ☐ コネクションプレート ☐ フォームカバー (☐ 股・大腿用 ☐ 下腿用) ☐ ストッキネット (☐ 股・大腿用 ☐ 下腿用) ☐ リアルソックス (☐ 股・大腿用 ☐ 下腿用) 使用部品 ()	
	そ の 他	☐ 吸着バルブ ☐ 懸垂ベルト (☐ 股・大腿用 ☐ 下腿用) ☐ KBMウエッジ ☐ バッテリーキット ☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー (ピンアタッチメント あり・なし) その他の部品 (☐ フットカバー ☐ スペクトラソックス ☐ その他) 使用部品 ()	
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、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、借受期間など留意すべき事項を御記入ください。】		
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ください。】		

上記のとおり意見します。

年 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】

- 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
- 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。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者との立合いのもとで行うこと。

様式第1号その3の1（第3条関係）
（表面）

補装具費支給に関する意見書（ 上肢装具・体幹装具用 ）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	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 査 医 師	
審 査 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	年 月 日	
住 所				歳
手 帳 障 害 名			手帳障害等級	級
障 害 状 況	☐ 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価
	☐ 末中枢性麻痺	部 位	(障害に関わる部位の)MMT、 ROM	感覚評価
	☐ 筋・骨格系			
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 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)		
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 ごろ			
治 療 経 過	【症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】			
現 在 の 身 体 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。】			
使用中補装具の状況	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。】			

裏面に続く

(裏面)

[illegible]

【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、必ず補装具製作者の立合いのもとで行うこと。

(別紙)

補装具一覧（装具）		
区分	名称	種類
1 上 肢 装 具	(1) 肩装具	A 硬性
		B フレーム
		C 軟性
	(2) 肘装具	A 硬性
		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 体 幹 装 具	(1) 頸椎装具	A 硬性
		B フレーム
		C カラー
		D 斜頸矯正用枕
	(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

（表面）

補装具費支給に関する意見書（下肢・靴型装具用）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	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 査 医 師	
審 査 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	年 月 日	
住 所					歳
手 帳 障 害 名				手帳障害等級	級
障 害 状 況	☐ 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価	
	☐ 末中枢性麻痺	部 位	(障害に関わる部位の)MMT、 ROM	感覚評価	
	☐ 筋・骨格系				
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 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)			
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 ごろ				
治 療 経 過	【症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】				
現在の身体状況	【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。】				
使 用 中 補 装 具 の 状 況	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。】				

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	□新規 □再製作 □修理 □借受け			
名 称	※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。			
	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			
継 手	股 継 手	□固定式 □遊動式		
	膝 継 手	□固定式 □遊動式 □プラスチック継手		
	足 継 手	□固定式 □遊動式 □プラスチック継手		
支 持 部	大腿支持部	□半月 □皮革等（□カフベルト □大腿コルセット） □硬性（□熱硬化性 □熱可塑性）		
	下腿支持部	□半月 □皮革等（□カフベルト □下腿コルセット） □硬性（□熱硬化性 □熱可塑性）		
	足 部	□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）		
そ の 他 加 算 要 素	□膝サポーター（□支柱付き □支柱なし） □キャリパー ツイスター（□軟性 □硬性） □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 □ダイヤルロック □アウトリガー □伸展・屈曲補助装置 □補高足部 □足底裏革 □高さ調整 □内張り（□大腿部 □下腿部 □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			
完 成 用 部 品	□股継手（ ） □膝継手（ ） □足継手（ ） □使用部品名（ ）			
装 具 分 類	靴 型 装 具			
製 作 要 素	右（ □患側 □健側 ）		左（ □患側 □健側 ）	
	□採型 □採寸		□採型 □採寸	
	□短靴 □チャッカ靴 □半長靴 □長靴 □整形靴 □特殊靴		□短靴 □チャッカ靴 □半長靴 □長靴 □整形靴 □特殊靴	
	□グッドイヤー式 □マッケイ式		□グッドイヤー式 □マッケイ式	
	補高 c m（□敷き革式 □靴の補高）		脚長差 c m	
	□月型の延長 □スチールパネ入り □トウボックス補強 □鉛板の挿入 □足背ベルト □ベルト（裏付き）の追加 ヒールの補正【□トルクヒール □ヒールウェッジ □カットオフヒール □キールヒール □サッチヒール □トーマスヒール □逆トーマスヒール □フレアヒール □階段状ヒール】 足底の補正 【□内側ソール・ウェッジ □外側ソール・ウェッジ □デンバーバー □トーマスバー □メイヨー半月バー □メタターサルバー □ハウザーバー □ロッカーバー □蝶型踏み返し】			
完 成 用 部 品				
製作（購入）、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点	【借受けの場合は借受期間も記入してください。】			
使用効果見込	【本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。】※予防、治療、訓練目的では対象になりません。			
上記のとおり意見します。 年 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、必ず補装具製作者の立合いのもとで行うこと。

(別紙)

補装具一覧（装具）		
区分	名称	種類
1 下 肢 装 具	(1) 股装具	A 硬性
		B フレーム
		C 軟性
		D ツイスター
	(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 靴 型 装 具		A 長靴
		B 半長靴（編上靴）
		C チャッカ靴
		D 短靴

補装具費支給に関する意見書（姿勢保持装置用）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害		☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名:)			
身 体 ・ 障 害	心臓等その他 機 能 障 害					
	頭部支持機能	※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					
	下 肢 機 能					
	体 幹 機 能					
障 害	運 動 障 害	☐ 弛緩性麻痺 ☐ 痙性麻痺 ☐ 固縮 ☐ 不随意運動 ☐ しんせん ☐ 運動失調 ☐ その他 ()				
等 状 況	使用中の補 装具の状況					
等 状 況	【身体寸法】					
	身 長					
	体 重					
	座位腋下高					
	座位肘頭高					
	座位下腿長					
	座位臀幅					
	座 底 長					
	感 覚 障 害	(☐ 腰背部 ☐ 殿部) ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度 ☐ なし				
	褥瘡の有無	☐ あり ☐ 現在はないが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし				
殿 部 の 状 態	☐ 異常なし ☐ 皮膚の発赤、変色あり ☐ 痩せており、骨の突出あり					
立ち上がる	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可					
座 位	☐ 自力にて可 ☐ 支持 (☐ 頭部 ☐ 背部) があると可 ☐ 不可 (脱落方向 前 後 左 右) ※多動により座位保持不可の場合は対象外					
起立位保持	☐ 正常に可能 ☐ (1 時間・30 分・10 分) 以上困難 ☐ 不能					
移 乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助					
除 圧 動 作	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可					
車 椅 子 操 作	☐ 自力にて可 ☐ 辛うじて自力にて可 ☐ 不可 ※ 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}					

裏面に続く

(裏面)

製作区分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け			
名称	☐ レディメイド 品名 () ☐ オーダーメイド			
	採寸区分及び装置の及ぶ範囲	☐ 採型 ☐ 採寸	☐ 頭・頸部 ☐ 上肢 ☐ 体幹部 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 頭・頸部 ☐ 上肢 ☐ 体幹部 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 下腿・足部	
製作要素	支持部	頭部 上肢部 体幹部 骨盤・大腿部 下腿部 足部	☐ 頭部支え ☐ 上腕支え ☐ 前腕・手部支え ☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調節型 ☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調節型 ☐ 下腿支え ☐ 足台 ☐ フレックス構造	
	の支持連結部	固定 遊動 角度調整用部品	☐ 頸部 ☐ 腰部 ☐ 膝部 ☐ 足部 ☐ 腰部 ☐ 膝部 ☐ 足部 ☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式	
	レーム構造フレーム	使用材料 付加機能	☐ 木材 ☐ 金属 ☐ 完成用部品 () ☐ 車椅子 () ☐ 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。	
	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 骨盤保持部品 下肢保持部品 ベルト部品 支持部カバー	☐ 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 ☐ 頭頸部パッド ☐ 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) ☐ 下腿部 ☐ 足部 ☐ アームサポート ☐ テーブル	
		内張り 体圧分散補助素材 その他	☐ 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 ☐ ストッパー ☐ 高さ調節用台座	
調節機構	高さ調節 前後調節 角度調節 脱着機構 開閉機構	☐ 頭部 ☐ 体幹 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 足部 ☐ アームサポート ☐ 頭部 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 足部 ☐ 頭部 ☐ テーブル ☐ 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 ☐ アームサポート ☐ 足部支持部		
製作 (購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点、主な完成用部品名等	【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品等の指定、支持部の形式、構造フレーム、付属品等の選定理由、他部品と比較した状況、借受期間など留意すべき事項を御記入ください。】			
使用効果見込	【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。】			

上記のとおり意見します。

年 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】

- 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
- 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
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作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）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	
審 査 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	年 月 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	手帳障害等級	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）																																																										
	オーディオグラム記載欄（※貼り付けも可）																																																										
	<table><tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr><tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 周波数（Hz）					500	1000	2000	-10				0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100				110		
	500	1000	2000																																																								
-10																																																											
0																																																											
10																																																											
20																																																											
30																																																											
40																																																											
50																																																											
60																																																											
70																																																											
80																																																											
90																																																											
100																																																											
110																																																											

裏面に続く

(裏面)

[illegible]

【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○又はレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者の立合いのもとで行うこと。

（表面）

補装具費支給に関する意見書（車椅子用）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)	
発 生 年 月 日	年 月 日		
【身体寸法】	座位肘頭高		
身 長	座位下腿長		
体 重	座位幅		
座位肘下高	座 底 長		
現在の障害部位の状況	【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。】		
使用中の補装具の有無	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い。】		
現在の身体・活動状況	感覚障害	(☐ 腰背部 ☐ 殿部) ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度 ☐ なし	
	褥瘡の有無	☐ あり ☐ 現在はないが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし	
	殿部の状態	☐ 異常なし ☐ 皮膚の発赤、変色あり ☐ 痩せており、骨の突出あり	
	立ち上がる	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可	
	起立位保持	☐ 自力にて可 ☐ (つかまり・支え) にて可 ☐ 不能	
	歩 行	☐ 屋外移動可 ☐ 屋内(階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 ☐ 不可	
	車椅子への移乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助	
	座 位	☐ 自力にて可 ☐ 支持(背部・頭部)があると可 ☐ 不可	
	除圧動作	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可	
車椅子の操作	☐ 自力にて可 ☐ 部分的に可 ☐ 不可 ※ 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}		

裏面に続く

(裏面)

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) ☐ 頭頸部	
加算要素	機構加算部品加算	☐ 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	
		構造	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 ☐ 高さ調整 ☐ 背座角度調整 ☐ 背折れ構造
			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
			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 ☐ ヒールループ ☐ アングルストラップ ☐ ステップカバー
		品	アームサポート(片側) ☐ フレーム一体型 ☐ 独立型 (☐ 固定式(標準) ☐ 跳ね上げ式 ☐ 着脱式) ☐ 高さ調整 ☐ 角度調整 ☐ 拡幅 ☐ 延長
			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
		加算	タイヤ ☐ エア(標準) ☐ ノーパンクタイヤ
			キャスト ☐ ソリッド(標準) ☐ 衝撃吸収タイプ
			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 ☐ 滑り止め ☐ ノブ付き(☐ 垂直ノブ)
付属品	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 ☐ 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 ☐ 背クッション ☐ 滑り止め加工		
	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)		
	テーブル ☐ テーブル ☐ テーブル取付部品(片側)		
	転倒防止装置 ☐ パイプ ☐ キャスト付き ☐ 折り畳み構造		
	☐ 搭載台(☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引機搭載台 ☐ 携帯用会話補助装置搭載台) ☐ 車載固定部品 ☐ 杖たて(☐ 一本杖 ☐ 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 ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 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		
製作(購入)、修理にあたっての選定理由、留意点		【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】	
使用効果見込		【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。】	
上記のとおり意見します。 年 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】

- 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
- 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。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作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 頸髄損傷等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つ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つて、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ている場合

（表面）

補装具費支給に関する意見書（簡易電動車椅子用）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	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 査 医 師	
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)	
発 生 年 月 日	年 月 ごろ		
【身体寸法】	座位肘頭高		
身 長	座位下腿長		
体 重	座位幅		
座位肘下高	座位下腿長		
現在の障害部位の状況	【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。】		
使用中の補装具の状況	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い。】		
現在の身体・活動状況	感覚障害	(☐ 腰背部 ☐ 殿部) ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度 ☐ なし	
	褥瘡の有無	☐ あり ☐ 現在はないが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし	
	殿部の状態	☐ 異常なし ☐ 皮膚の発赤、変色あり ☐ 痩せており、骨の突出あり	
	立ち上がる	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可	
	起立位保持	☐ 自力にて可 ☐ (つかまり・支え)にて可 ☐ 不能	
	歩 行	☐ 屋外移動可 ☐ 屋内(階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲)歩行可能 ☐ 不可	
	車椅子への移乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助	
	座 位	☐ 自力にて可 ☐ 支持(背部・頭部)があると可 ☐ 不可	
	除圧動作	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可	
車椅子の操作	☐ 自力にて可 ☐ 部分的に可 ☐ 不可 ※ 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}		

裏面に続く

(裏面)

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	☐ 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) ☐ 頭頸部		
加算要素	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()		
	構造部	操作ボックス	☐ 標準ボックス(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	
		バッテリー	☐ リチウムイオンバッテリー(標準) ☐ ニッケル水素バッテリー(37,000円減額)	
		基本構造	☐ 後方大車輪(標準) ☐ 幅止め構造	
	部品	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 ☐ 高さ調整 ☐ 背座角度調整 ☐ 背折れ構造	
		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 ☐ レッグベルト全面張り	
		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 ☐ 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)	☐ フレーム一体型 ☐ 独立型 ☐ 固定式(標準) ☐ 跳ね上げ式 ☐ 着脱式 ☐ 高さ調整 ☐ 角度調整 ☐ 幅広 ☐ 延長	
	加算	ブレーキ	☐ 電動又は電磁ブレーキ ☐ 駐車ブレーキ ☐ その他()	
		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	
	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 ☐ 滑り止め ☐ ノブ付き(☐ 垂直ノブ)	
	付属品	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		☐ 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		☐ 背クッション ☐ 滑り止め加工		
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 ☐ 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)		
		☐ 搭載台(☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引機搭載台 ☐ 携帯用会話用補助装置搭載台) ☐ 車載固定部品 ☐ 杖たて(☐ 一本杖 ☐ 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 ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 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 ☐ 手動スイングアーム ☐ 手動チンコントロール式 ☐ 多様入力コントローラ(☐ 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 ☐ 小型ジョイスティックボックス ☐ フォースセンサ ☐ 足用ボックス) ☐ 簡易1入力 ☐ ジョイスティックレバーノブ(☐ 小、球、こけし) ☐ U、十字、ペン、 太長、T字、極小) ☐ その他()		
製作(購入)、修理にあたっての選定理由、留意点	【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】			
使用効果見込	【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。】			
上記のとおり意見します。 年 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】

- 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
- 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。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作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 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つ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がある者

〈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つて、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。）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄			
審 査 結 果	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 査 医 師			
審 査 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		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		☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害			
発 生 年 月 日		☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)			
【身体寸法】		座位肘頭高			
身 長		座位下腿長			
体 重		座 位 幅			
座位腋下高		座 底 長			
現 在 の 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。】			
使 用 中 具 補 装 具 状 況		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い。】			
現 在 の 身 体 ・ 活 動 状 況	感 覚 障 害	(☐ 腰背部 ☐ 殿部) ☐ 脱失 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 軽度 ☐ なし			
	褥 瘡 の 有 無	☐ あり ☐ 現在はないが過去にできたことあり ☐ 過去・現在ともなし			
	殿 部 の 状 態	☐ 異常なし ☐ 皮膚の発赤、変色あり ☐ 痩せており、骨の突出あり			
	立 ち 上 がる	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可			
	起 立 位 保 持	☐ 自力にて可 ☐ (つかまり・支え)にて可 ☐ 不能			
	歩 行	☐ 屋外移動可 ☐ 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 ☐ 不可			
	車椅子への移乗	☐ 自力にて可 ☐ 一部介助にて可 ☐ 全介助			
	座 位	☐ 自力にて可 ☐ 支持 (背部・頭部) があると可 ☐ 不可			
	除 圧 動 作	☐ 自力にて可 ☐ 介助があると可 ☐ 不可			
車椅子の操作	☐ 自力にて可 ☐ 部分的に可 ☐ 不可 ※ 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}				

裏面に続く

(裏面)

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6 km/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) ☐ 頭頸部		
加 算 要 素	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 ☐ 電動ティルト・リクライニング機構 ☐ 電動リフト機構			
		構 造 部 品 加 算	操 作 ボ 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		
	バ ッ テ リ		標準形 ☐ シールドバッテリー (標準) ☐ リチウムイオンバッテリー		
	基 本 構 造		☐ 後方大車輪 (標準) ☐ その他 ()		
	シ ー ト		☐ 板張り式 (標準) ☐ スリング式 ☐ 張り調整式 ☐ 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 ☐ 高さ調整 ☐ 背座角調整 ☐ 背折れ構造			
	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 (全面張り)			
	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 ☐ 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 (片側)	☐ 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			
	キ ャ ス タ ー	☐ エア (標準) ☐ ノーパンクタイヤ			
付 属 品		☐ パワーステアリング ☐ クライマーセット ☐ 手動スイングアーム チンコンローラー一式 (☐ 電動 ☐ 手動) ☐ 多様入力コントローラー (☐ 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 ☐ 小型ジョイスティックボックス ☐ フォースセンサ ☐ 足用ボックス) ☐ 簡易1入力 ☐ ジョイスティックレバーノブ (☐ (小ノブ、球ノブ、こけしノブ) ☐ (Uノブ、十字ノブ、ペンノブ、太長ノブ、T字ノブ、極小ノブ)) ☐ 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) ☐ 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) 、 修 理 に あ た っ て の 選 定 理 由 、 留 意 点		【型式・各機構、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。】			
使 用 効 果 見 込		【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。】			
上記のとおり意見します。 年 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、必ず補装具製作者の立合いのもとで行うこと。					

《参 考》

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) 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つ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がある者

〈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つ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4.5km/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、6km/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）

※太枠欄は記入しないでください。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審 査 医 師	
審 査 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	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 ☐ 先天性 ☐ その他 （具体名： ）			
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 ごろ				
現 在 の 上 下 肢 機 能 等 の 状 況 及 び 進 行 状 況	【現在の障害状況、ADLの状況、今後の進行(速度)状況等を具体的に御記入下さい。また、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。】				
音 声 ・ 言 語 機 能 の 状 況	☐ 発声不能 ☐ 聴き取れない ☐ なんとか聴き取れる ☐ 聴取可能 【音声・言語機能障害を有さない場合は、具体的な障害状況やADLの状況を詳しく御記入ください。】				
人 工 呼 吸 器 の 装 着	☐ あり ☐ なし				
知 的 操 作 能 力	☐ 可能 ☐ 今後の習熟により可能 ☐ 不可能				
操 作 上 利 用 可 能 な 身 体 能 力	☐ 顔	部位		動作	
	☐ 首、頭	部位		動作	
	☐ 上肢	部位		動作	
	☐ 下肢	部位		動作	
	☐ その他	部位		動作	

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け	
名 称	形式	☐ 文字等走査入力方式 ☐ 生体現象方式 品名 ()
	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 ()
製作(購入)、修理、借受けに当たっての選定理由、留意点	【型式、入力装置等、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すべき事項を御記入ください。】	
使用効果見込	【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。】	
上記のとおり意見します。 年 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】

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

(表面)

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 査 欄		
審 査 結 果	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 査 医 師		
審 査 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	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	☐ 交通 ☐ 労災 ☐ 戦傷 ☐ 戦災 ☐ 自然災害	☐ 疾病 ☐ 先天性 ☐ その他 (具体名：)	
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 ごろ		
現 在 の 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。】		

裏面に続く

(裏面)

製 作 区 分	☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 借受け
名 称	☐ 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） ☐ 車載用姿勢保持装置（ ☐ 頭部支え ☐ 軟性内張り） ☐ その他（ ） 品名（ ）
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、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。】
使 用 効 果 見 込	【処方補装具を着装・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。
上記のとおり意見します。 年 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 ※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。）			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	【製作区分】□新規 □再製作 □修理 □借受け		
	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。】		
	使用効果見込み【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。】		
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 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）

診査日	年 月 日		
氏 名		住 所	
補装具の 名称及び 形式			
障 害 者 の 状 況	(1) 身体の状況		
	c		
	(2) 日常生活（家庭生活・社会生活）の状況		
特 例 補 装 具 を 要 す る 医 学 的 理 由	(1) 特例補装具の特徴		
	(2) 特例補装具の必要性及び効果、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支障		
総 合 的 意 見			
上記の理由により特例補装具の交付が必要です。			
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			