

## 静岡市補装具判定事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第76条第3項、静岡市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条例等施行規則（平成17年規則第179号。以下「規則」という。）第46条の4及び補装具費支給事務取扱指針について（令和3年3月31日障発0331第7号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づき、静岡市地域リハビリテーション推進センター（以下「推進センター」という。）が行う補装具の判定に係る事務の取扱いについて、必要な事項を定めるものとする。

(推進センターの判定)

第2条 推進センター所長は、市長の依頼に基づき補装具費の支給について医学的判定を行い、補装具の種目ごとに来所又は訪問による判定、書類による判定及び適合判定を別表のとおり行うものとする。

2 補装具費の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）で来所又は訪問による判定を受けなければならないものが推進センター所長がやむを得ないと認める理由により来所又は訪問による判定を受けることができない場合は、次条第2項に定める書類を提出し、当該書類による判定を来所又は訪問による判定に代えることができる。

3 前項の規定にかかわらず、申請者の障害の状況その他やむを得ない事情により、補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号。以下「告示」という。）に示された補装具の種目に該当するものであって、告示に示された型式、価格等によることができない補装具費（以下「特例補装具費」という。）、電動車椅子又は重度障害者用意思伝達装置の補装具費の支給を受けようとするときは、来所又は訪問による判定に代えることはできないものとする。

(推進センター所長への判定依頼)

第3条 市長は、補装具費の支給の申請を受けたときは、申請者の身体的状況、経済的状況、世帯の状況等を調査した上で、規則第46条の4に規定する判定依頼書（補装具用）（以下「判定依頼書」という。）に静岡市身体障害者福祉法施行細則（平成15年規則第122号）第2条に規定する身体障害者更生指導台帳の写しを添付して、補装具費の支給の可否等について推進センター所長の判定を求めるものとする。

2 市長は、書類による補装具の判定を依頼する場合は、判定依頼書に補装具費支給に関する意見書（様式第1号。以下「意見書」という。）及び当該補装具に係る見積書の写しを添付す

るものとする。この場合において、車椅子（既成のものを除く。）の書類判定を依頼するときは、作成しようとする車椅子の仕様、寸法等が明らかとなる資料を、身体障害者手帳を交付されていない難病患者（障害者のうち、治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であっ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施行令（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度であるものをいう。）に係る判定を求める場合にあっては、必要な補装具費支給に関する意見書のほか、主治医等の記載した補装具費支給に関する意見書（特殊な疾病用。様式第1号の2）を、添付するものとする。

3 市長は、電動車椅子（簡易型電動車椅子を含む。）又は補聴器の補装具費の支給をする必要があると認められる場合は、判定依頼書に補装具使用環境等調査書（様式第2号）を添付して、判定を求めるものとする。

3 市長は、座位保持装置、補聴器、車椅子、電動車椅子、重度障害者用意思伝達装置、その他市長が必要と認める補装具の補装具費の支給をする必要があると認められる場合は、判定依頼書に補装具使用環境等調査書（様式第2号）を添付して、判定を求めるものとする。

4 市長は、特例補装具費を支給する必要がある場合は、判定依頼書に、特例補装具費支給に関する理由書（医師用）（様式第3号。以下「医師用理由書」という。）及び特例補装具費支給に関する理由書（市用）（様式第4号）その他推進センター所長が必要であると認める資料を添付して判定を求めるものとする。

（推進センター所長の技術的助言）

第4条 市長は、補装具費の支給に当たって、医学的判定を要しないと認める場合を除き、推進センター所長に技術的助言依頼書（様式第5号）により技術的助言を求めることができる。

この場合において、身体障害児に係る特例補装具費の支給に係る技術的助言を求めるときは、医師用理由書及び特例補装具費支給に関する理由書（市用）を添付するものとする。

2 推進センター所長は、前項の規定による求めがあったときは、技術的助言の内容を技術的助言通知書（様式第6号）により、市長に通知するものとする。

（来所判定等）

第5条 第3条第1項の規定により、来所による判定について依頼を受けた推進センター所長は、補装具判定実施通知書（様式第7号）により医学的判定を行う日時等を市長に通知する。

2 市長は、前項の規定による通知を受けたときは、速やかに規則第46条の4第2項に規定する判定通知書を申請者及び補装具の販売又は修理を行う業者（以下「補装具業者」という。）に通知する。

3 推進センター所長は、申請者について医学的診断を行った上で補装具費の支給の要否の判定及び処方を行い、補装具判定書（様式第8号）により、市長に通知するものとする。

4 補装具業者は、推進センター所長の処方に従って採型・採寸を行うとともに、当該補装具の製作に係る見積書の写しを推進センター所長に提出するものとする。

（書類判定）

第6条 第3条第1項の規定により、書類による判定について依頼を受けた推進センター所長は、同条第1項及び第2項に規定する書類に基づき補装具費の支給の要否の判定及び処方を行い、補装具判定書（様式第9号）により市長に通知する。

2 前項の場合において、推進センター所長は、必要があると認める場合は、申請者に推進センターへの来所を求め、医学的診断を実施することができるものとする。

（適合判定）

第7条 推進センター所長は、第5条第3項の規定による処方に基づいて製作された補装具が告示及び静岡市地域リハビリテーション推進センター補装具判定基準に適合しているか否かの判定（以下「適合判定」という。）を行うものとする。

2 推進センター所長は、前項の判定を行うに当たっては、補装具判定実施通知書により適合判定を行う日時等を市長に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定による通知を受けたときは、速やかに規則第46条の4第2項に規定する判定通知書を作成し申請者及び補装具業者に通知するものとする。

4 推進センター所長は、適合判定の結果、当該補装具の適合が認められるときにあつては規則第46条の5に規定する補装具費支給券にその旨の証明を行い、当該補装具が申請者に適合しないと認めるときにあつては補装具業者に対し不備な箇所の修理を指示し、改善させるものとする。

（意見書及び医師用理由書を記入する医師）

第8条 身体障害者の意見書及び医師用理由書を記入する医師は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

（1）身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する医師（以下「指定医師」という。）で、かつ、所属医学会（医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（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をいう。以下同じ。）において認定されている専門医であること。

（2）法第59条に規定する指定自立支援医療機関（以下「指定医療機関」という。）において政

令第1条の2第2号に規定する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であること。

(3) 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補装具関係の適合判定医師研修会（以下「研修会」という。）を修了している医師であること。

2 身体障害児の意見書及び医師用理由書を記入する医師は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 指定医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医であること。

(2) 指定医療機関の医師で、かつ、所属医学会において認定されている専門医であること。

(3) 地域保健法（昭和22年法律第101号）第5条第1項に規定する保健所の医師であること。

#### 附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成20年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により、作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

#### 附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により、作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

#### 附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

#### 附 則

1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により作

成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

附 則

1 この要綱は、令和元年5月24日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

附 則

1 この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

附 則

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、現に改正前の静岡市補装具判定事務取扱要綱に定める様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

別表（第2条関係）

種 目		新 規 交 付		再 交 付		修 理	借 受 け		
		判 定	適 合 判 定	判 定	適 合 判 定	判 定	判 定	適 合 判 定	
義 肢	殻構造	◎	△	◎	△	◎	◎	△	
	骨格構造	◎	△	◎	△	◎	◎	△	
装 具		◎	△	◎	△	◎	◎	△	
座位保持装置		◎	△	◎	△	◎	◎	△	
視覚障害者用安全つえ		×	×	×	×	×	×	×	
眼 鏡	矯正眼鏡	×	×	×	×	×	×	×	
	コンタクトレンズ	×	×	×	×	×	×	×	
	遮光眼鏡	×	×	×	×	×	×	×	
	弱視眼鏡	×	×	×	×	×	×	×	
義眼		×	×	×	×	×	×	×	
補聴器		○	×	×	×	×	×	×	
車 椅 子	普通型	レディメイド	◎	△	◎	△	◎	×	×
		オーダーメイド	◎	△	◎	△	◎	×	×
	手押し型	レディメイド	◎	△	◎	△	◎	×	×
		オーダーメイド	◎	△	◎	△	◎	×	×
	その他の車いす		◎	△	◎	△	◎	×	×
電動車椅子		◎	△	◎	△	◎	×	×	
歩行器		◎	△	◎	△	◎	◎	△	
歩行補助つえ（1本つえ除く。）		×	×	×	×	×	×	×	
重度障害者用意思伝達装置		◎	△	×	△	◎	◎	△	

## 備考

1 この表の記号の意味は、次のとおりとする。

◎印・・・推進センターにおいて来所又は訪問（適合判定にあつては、来所）による  
判定事務を行うもの

○印・・・推進センターにおいて書類による判定事務を行うもの

×印・・・推進センターでの判定事務を行わないもの

△印・・・判定の内容によって適合判定事務を行うもの

- 2 「再交付」は、前回判定時と同一の補装具を交付する場合をいう。
- 3 骨格構造の義肢については、ソケット交換等、軸位（歩行時のバランス、歩容）に関する修理についてのみ判定を行う。
- 4 ◎印のうち電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の新規判定（電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の判定であって障害程度の変化等に応じ操作能力の判定を行うものを含む。）以外は書類による判定も行うものとする。
- 5 義眼、矯正眼鏡、コンタクトレンズ、車椅子（既成のもの）、遮光眼鏡、弱視眼鏡及び歩行器については、原則として医学的意見書に基づき福祉事務所で判断するものとする。
- 6 電動車椅子及び重度障害者用意思伝達装置の新規判定は、書類による判定も行うが、実際に操作を行うことにより障害者の操作能力を含め判定を行う。また、新規判定以外でも障害程度の変化等があったときは、障害者の操作能力を含め判定を行うものとする。
- 7 補装具を新規支給した後に、下記の付属品を追加支給する場合は書類による判定を必要とする。
  - (1) 補聴器のイヤーマールド
  - (2) 車椅子又は電動車椅子のクッション等（類似した性能でない場合）
  - (3) 重度障害者用意思伝達装置の入力装置（スイッチ類）
- 8 推進センターで判定した種目を再支給（修理を含む。）するに当たり、次のいずれかに該当する場合は、新規支給の場合に準じて推進センターの判定を必要とする。
  - (1) 障害状況に変化のある場合
  - (2) 障害者本人が処方内容の変更を希望する場合
  - (3) 補装具の性能に変化がある場合

（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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 左 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 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 の 装 具 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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け		
製作部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		
名称	採型区分	型式1	型式2
	<input type="checkbox"/> 肩義手 <input type="checkbox"/> 上腕義手 <input type="checkbox"/> 肘義手 <input type="checkbox"/> 前腕義手 <input type="checkbox"/> 手義手 <input type="checkbox"/> 手部義手 <input type="checkbox"/> 手指義手	<input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用 <input type="checkbox"/> 能動式 <input type="checkbox"/> 能動式普通用 <input type="checkbox"/> 能動式肩甲鎖骨切除用	手部付 ( <input type="checkbox"/> ハンド型 <input type="checkbox"/> フック型) 長断端用 ( <input type="checkbox"/> ハンド型 <input type="checkbox"/> フック型) 中断端用 ( <input type="checkbox"/> ハンド型 <input type="checkbox"/> フック型) 短断端用 ( <input type="checkbox"/> ハンド型 <input type="checkbox"/> フック型)
製作要素	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム・セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	
	ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂	
	支持部	装飾用能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 上腕部 (1アルミニウム・セルロイド 2熱硬化性樹脂) <input type="checkbox"/> 前腕部 (1アルミニウム・セルロイド 2熱硬化性樹脂)	
		作業用 ( <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部)	
	義手用ハーネス	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用	<input type="checkbox"/> 胸部バンド式上腕ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 肩たすき一式 <input type="checkbox"/> 8字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 9字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> たわみ式肘継手 (一組) <input type="checkbox"/> 前方支持バンド <input type="checkbox"/> 上腕カフ
外装 (継手用)	<input type="checkbox"/> 肩部 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> 塗装	
完成用部品	肩継手 <input type="checkbox"/> 隔板式 <input type="checkbox"/> 屈曲・外転式 <input type="checkbox"/> ユニバーサル式		
	肘継手 <input type="checkbox"/> 硬性たわみ式 <input type="checkbox"/> 単軸ヒンジ <input type="checkbox"/> 多軸ヒンジ式 <input type="checkbox"/> 倍動ヒンジ <input type="checkbox"/> 能動単軸ブロック式 <input type="checkbox"/> 手動単軸ブロック式 <input type="checkbox"/> 作業用幹部式		
	手継手 <input type="checkbox"/> 面摩擦式 <input type="checkbox"/> 軸摩擦式 <input type="checkbox"/> 迅速交換式 <input type="checkbox"/> 屈曲式 <input type="checkbox"/> 作業用幹部式 <input type="checkbox"/> 手部コネクタ		
	手先具 <input type="checkbox"/> 能動ハンド <input type="checkbox"/> 能動フック <input type="checkbox"/> 装飾ハンド <input type="checkbox"/> 装飾手袋 <input type="checkbox"/> 作業用手先具		
	その他 <input type="checkbox"/> ケーブルセット <input type="checkbox"/> ハーネス部品 <input type="checkbox"/> フック用先ゴム <input type="checkbox"/> 断端袋 (上腕用、前腕用) <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー <input type="checkbox"/> 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、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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 (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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指 ) 左 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指 )		
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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け		
製作部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		
名称	採型区分	型式1	型式2
	<input type="checkbox"/> 股義足 <input type="checkbox"/> 大腿義足 <input type="checkbox"/> 膝義足 <input type="checkbox"/> 下腿義足 <input type="checkbox"/> 果義足 <input type="checkbox"/> 足指義足 <input type="checkbox"/> 足根中足義足	<input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 作業用 <input type="checkbox"/> 吸着式常用 <input type="checkbox"/> 鋼板入り <input type="checkbox"/> 足袋型	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> カナダ式 <input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式
	<input type="checkbox"/> チェックソケット (選定理由 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
製作要素	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム・セルロイド <input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	
	ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・フェルト <input type="checkbox"/> シリコーン	
	支持部	常用 <input type="checkbox"/> 股部 <input type="checkbox"/> 大腿部 (1木製 2アルミニウム・セルロイド 3熱硬化性樹脂) <input type="checkbox"/> 下腿部 (1木製 2アルミニウム・セルロイド 3熱硬化性樹脂) <input type="checkbox"/> 足部 (軟性発泡樹脂) 作業用 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部	
	義足懸垂用部品	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用	<input type="checkbox"/> 懸垂帯一式 <input type="checkbox"/> シレジアバンド一式 <input type="checkbox"/> 肩吊り帯 <input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯 <input type="checkbox"/> 義足用股吊帯 <input type="checkbox"/> 大腿太もも絞め一式 <input type="checkbox"/> PTBカフベルト一式
	外装	<input type="checkbox"/> 股部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> 塗装 <input type="checkbox"/> 表革 <input type="checkbox"/> 裏革 <input type="checkbox"/> リアルソックス
完成用部品	股継手 <input type="checkbox"/> ヒンジ継手 <input type="checkbox"/> カナダ式		
	膝継手 <input type="checkbox"/> ヒンジ継手 <input type="checkbox"/> 鉄脚 <input type="checkbox"/> ブロック継手		
	足 部 <input type="checkbox"/> 固定足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> ドリンガー足部 <input type="checkbox"/> 装飾足袋		
	その他 <input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベスト <input type="checkbox"/> KBMウェッジ <input type="checkbox"/> 断端袋 (1大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー <input type="checkbox"/> ベルト付先ゴム <input type="checkbox"/> SACH式アングルブロック <input type="checkbox"/> リアルソックス <input type="checkbox"/> 先ゴム <input type="checkbox"/> 踵ゴム <input type="checkbox"/> スプリングゴム <input type="checkbox"/> 前止金具 <input type="checkbox"/> サイム用ボルト <input type="checkbox"/> その他 ( )		
製作 (購入)、修理、借受けに当たったの選定理由、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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨（第      指） <input type="checkbox"/> 中節骨（第      指） <input type="checkbox"/> 末節骨（第      指））  左（ <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨（第      指） <input type="checkbox"/> 中節骨（第      指） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け			
製作部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側			
名称	採型区分	型式	採型区分	型式
	<input type="checkbox"/> 肩義手A-1	<input type="checkbox"/> 装飾用	<input type="checkbox"/> 前腕義手A-3	<input type="checkbox"/> 装飾用
	<input type="checkbox"/> 上腕義手A-2	<input type="checkbox"/> 装飾用		
製作要素	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム・セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	支持部	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
			義手用ハーネス	<input type="checkbox"/> 胸郭用ベルトハーネス一式 <input type="checkbox"/> 肩たすき一式 <input type="checkbox"/> 8字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 9字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 上腕カフ（三頭筋パッド）
	ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂	外装	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
完成用部品	肩継手	<input type="checkbox"/> 屈曲・外転式 <input type="checkbox"/> ユニバーサル式 品名 ( )		
	肘継手	<input type="checkbox"/> 単軸式（軸固定式） <input type="checkbox"/> 単軸式（軸摩擦式） 品名 ( )		
	手継手	<input type="checkbox"/> 面摩擦式 <input type="checkbox"/> 軸摩擦式 <input type="checkbox"/> 手屈曲式 <input type="checkbox"/> 手部コネクタ 品名 ( )		
	義手調整部品	<input type="checkbox"/> ソケットアダプター <input type="checkbox"/> チューブ 品名 ( )		
	手先具	<input type="checkbox"/> 装飾ハンド <input type="checkbox"/> 手袋（コスメチックグラフ） 品名 ( )		
	外装部品	<input type="checkbox"/> コネクションプレート <input type="checkbox"/> フォームカバー 品名 ( )		
	その他	<input type="checkbox"/> 断端袋（上腕用 前腕用） <input type="checkbox"/> ハーネス部品 <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー（ピンアタッチメント あり・なし） <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 (具体名: )	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日 ごろ		
切断・離断・欠損部位	右 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サーム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 左 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サーム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)		
切断施術	年 月 日 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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け				
製作部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
名称	採型区分	型式	採型区分	型式	
	<input type="checkbox"/> 股義足 B-1	<input type="checkbox"/> カナディアン式	<input type="checkbox"/> 下腿義足 B-4	<input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式	
	<input type="checkbox"/> 大腿義足 B-2	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> ライナー式		<input type="checkbox"/> KBM式 <input type="checkbox"/> 差込式	
	<input type="checkbox"/> 膝義足 B-3	<input type="checkbox"/> 吸着式	<input type="checkbox"/> 果義足 B-5	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> 有窓式	
<input type="checkbox"/> チェックソケット (選定理由 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
製作要素	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム・セルロイド	支持部	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用	
		<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂		<input type="checkbox"/> 下腿義足用	
	<input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	義足懸垂用部品	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用		
ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・フェルト <input type="checkbox"/> シリコーン <input type="checkbox"/> その他 ( )	外装	<input type="checkbox"/> 下腿義足用	
				<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用
				<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 膝義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
完成用部品	股継手	<input type="checkbox"/> カナディアン式 <input type="checkbox"/> ロック式 品名 ( )			
	膝継手	<input type="checkbox"/> 単軸式 (1遊動式 2 ロック式) <input type="checkbox"/> 多軸膝 (1遊動式 2 ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 品名 ( )			
	足継手	<input type="checkbox"/> 固定式 (SACH足用) <input type="checkbox"/> 遊動式 (1単軸足用 2 多軸足用) 品名 ( )			
	義足調整部品	<input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> コネクタ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> クランプアダプタ <input type="checkbox"/> ターンテーブル <input type="checkbox"/> トルクアブソーバー <input type="checkbox"/> ショックアブソーバー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置 品名 ( )			
	足部	<input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> サイム用足 品名 ( )			
	足部調整用部品	<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト 品名 ( )			
	外装用部品	<input type="checkbox"/> 保護カバー <input type="checkbox"/> コネクションプレート 品名 <input type="checkbox"/> フォームカバー (1股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> ストッキネット (1股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> リアルソックス (1股・大腿用 2 下腿用)			
	その他	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (1股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウエッジ <input type="checkbox"/> 断端袋 (1大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> バッテリーキット <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (ピンアタッチメント あり・なし) <input type="checkbox"/> その他の部品 (1フットカバー 2スペクトラソックス 3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。】				

## 【記入上の留意事項】

- 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
- 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、必ず補装具製作業者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
障 害 状 況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺	部 位	(障害に関わる部位の)MMT、ROM	感覚評価
	<input type="checkbox"/> 筋・骨格系			
原因となった 疾 病 ・ 外 傷 名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 (具体名： )		
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年 月 日			
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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 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	基本構造1	基本構造2	採型区分
装具分類	上肢装具				
制作要素	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側			
	肩継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 肩回旋装置			
	肘継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手			
	手継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手 <input type="checkbox"/> 鋼線支柱			
	MP継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式			
	IP継手	<input type="checkbox"/> 固定式(1金属 2モールド) <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 鋼線支柱			
	胸郭支持部	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム	骨盤支持部	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム	
	上腕支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(1カフバンド 2上腕コルセット) <input type="checkbox"/> モールド			
	前腕支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(1カフバンド 2前腕コルセット) <input type="checkbox"/> モールド			
	手部背側パッド	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム	手掌パッド	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム	
完成用部品	基節骨パッド( <input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム) 中・末節骨パッド( <input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム) <input type="checkbox"/> 対立バー <input type="checkbox"/> Cバー <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助パネ <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> 肘当て 内張り( <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手部) <input type="checkbox"/> その他( )				
装具分類	体幹装具				
制作要素	頸椎	<input type="checkbox"/> モールド(1支柱付き 2支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> カラー(あご受け 1あり 2なし)			
	胸椎	<input type="checkbox"/> モールド(1支柱付き 2支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性			
	腰椎	<input type="checkbox"/> モールド(1支柱付き 2支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性			
	仙腸	<input type="checkbox"/> モールド(1支柱付き 2支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性			
	骨盤	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> モールド			
	<input type="checkbox"/> サンドイッチ構造				
完成用部品	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ターンバックル式 <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 肩バンド <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> 腹圧強化バンド <input type="checkbox"/> 胸椎パッド <input type="checkbox"/> 腰椎パッド <input type="checkbox"/> ショルダーリング <input type="checkbox"/> 腋窩パッド <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> 側方支柱 <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 胸郭バンド(プラスチック製) 内張り( <input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> 胸椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰椎支持部 <input type="checkbox"/> 仙腸支持部) <input type="checkbox"/> その他( )				
制作(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	【本装具を着装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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。

(別紙)

補装具一覧 (装具)			
区分	名称	基本構造 1	基本構造 2
1 上 肢 装 具	(1) 肩装具	ア 金属枠	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
		ウ 分娩麻痺用	
	(2) 肘装具	ア 両側支柱	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
		ウ 軟性	
	(3) 手背屈装具	ア パネル型	
		イ トーマス型	
		ウ オッペンハイマー型	
		エ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
	(4) 長対位装具		
	(5) 短対位装具		
	(6) 把持装具	ア 手関節駆動式	
		イ ハーネス駆動式	
	(7) MP 屈曲装具 (ナックルベンダー) 及びMP 伸展装具 (逆 ナックルベンダー)	ア パネル型	
		イ プラスチック	
ウ 軟性			
(8) 指装具 (指用ナ ックルベンダー及び 指用逆ナックルベン ダー)			
(9) BFO (食事動 作補助器)			
2 体 幹 装 具	(1) 頸椎装具	ア 金属枠	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
		ウ カラー	(ア) あご受けのあるもの (イ) あご受けのないもの
		エ 斜頸矯正用枕	
	(2) 胸椎装具	ア 金属枠	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
		ウ 軟性	
	(3) 腰椎装具	ア 金属枠	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
		ウ 軟性	
	(4) 仙腸装具	ア 金属枠	
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック

		ウ 軟性	
		エ 骨盤帯	(ア) 芯のあるもの (イ) 芯のないもの
	(5) 側彎矯正装具	ア ミルウォーキーブレイ ス	
		イ 頭部に及ばないもの	(ア) 金属枠
			(イ) 硬性 (仙腸装具に準ずる)
			(ウ) 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
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	□疾病 □先天性 □その他 (具体名：    )		
疾 病 ・ 外 傷 発 生 年 月 日	年          月          日			
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 の 装 具 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)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 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	基本構造1	基本構造2	採型区分
装具分類	下 肢 装 具				
製作要素	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側			
	採型区分	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸			
	股継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式			
	膝継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手			
	足継手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手			
	大腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(1カフバンド 2大腿コルセット) <input type="checkbox"/> モールド(1熱硬化性 2熱可塑性) <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> 座骨支持式			
	下腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(1カフバンド 2下腿コルセット) <input type="checkbox"/> モールド(1熱硬化性 2熱可塑性) <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式			
	足部	<input type="checkbox"/> あぶみ <input type="checkbox"/> 皮革等(1大 2小) <input type="checkbox"/> モールド(1熱硬化性 2熱可塑性) <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> 足底の補強			
		膝サポーター(軟性支柱 <input type="checkbox"/> 付き <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> キャリパー ツイスター(1軟性 2鋼製ケーブル) <input type="checkbox"/> デニスブラウン <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ <input type="checkbox"/> スタビライザー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏革 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 内張り(1大腿部 2下腿部 3足部) <input type="checkbox"/> 補高足部(脚長差 c m)			
完成用部品	<input type="checkbox"/> 股継手( ) <input type="checkbox"/> 膝継手( ) <input type="checkbox"/> 足継手( )				
装具分類	靴 型 装 具				
製作要素	右( <input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健側 )		左( <input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健側 )		
	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		
	<input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式		<input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式		
	補高 c m ( <input type="checkbox"/> 敷き革式 <input type="checkbox"/> 靴の補高 )		脚長差 c m		
	<input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トゥボックス補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背バンド <input type="checkbox"/> マジックバンド(裏付き) ヒールの補正【 <input type="checkbox"/> トルクヒール <input type="checkbox"/> ウェッジヒール <input type="checkbox"/> カットオフヒール <input type="checkbox"/> キールヒール <input type="checkbox"/> サッチヒール <input type="checkbox"/> トーマスヒール <input type="checkbox"/> 逆トーマスヒール <input type="checkbox"/> フレアヒール <input type="checkbox"/> 階段状ヒール】 足底の補正【 <input type="checkbox"/> 内側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> 外側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> デンバーバー <input type="checkbox"/> トーマスパー <input type="checkbox"/> メイトー半月パー <input type="checkbox"/> メタルザル・パー <input type="checkbox"/> ハウザーパー <input type="checkbox"/> ロッカーパー <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。

(別紙)

補装具一覧 (装具)				
区分	名称	基本構造 1	基本構造 2	
1 下 肢 装 具	(1) 股装具	ア 金属枠		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド	
			(イ) 皮革	
	ウ 軟性	(ウ) プラスチック		
	(2) 先天性股脱装具	ア リーメンヒューゲル型 (パブリック帯)		
		イ ホンローゼン型		
		ウ バチェラー型		
		エ ローレンツ型		
		オ ランゲ型		
	(3) 内反足装具	ア 短下肢装具型		
		イ 靴型装具型		
		ウ デニスブラウン副子	(ア) 足底板型 (イ) 足部おおい型 (ウ) 靴型装具型	
	(4) 長下肢装具	ア 両側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金	
			(イ) 鋼	
		イ 片側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金	
			(イ) 鋼	
		ウ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
	エ X脚又O脚			
	(5) 膝装具	ア 両側支柱		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
			ウ スウェーデン式	
			エ 軟性	
	(6) 短下肢装具	ア 両側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金	
			(イ) 鋼	
		イ 片側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金	
			(イ) 鋼	
		ウ S型支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		エ 鋼線支柱		
		オ 板ばね		
		カ 硬性	(ア) 支柱付き	
(イ) 支柱なし				
キ 軟性				
(7) ツイスター	ア 軟性			
	イ 鋼製ケーブル			
(8) 足底装具	ア アーチサポート (ふま ず支え)	(ア) 陽性モデルを用いてモールドさ れたもの		
		(イ) 採寸によって製作されたもの		
	イ メタルザル・バー			
	ウ 補高	(ア) 2 cm未満		
		(イ) 2 cm以上		
エ 内側及び外側楔				
2	ア 長靴	(ア) 整形靴 (イ) 特殊靴		

靴 型 装 具		イ 半長靴（編上靴）	
		ウ チャッカ靴	
		エ 短靴	

補装具費支給に関する意見書 (座位保持装置用)

※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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 (具体名: )		
身 体 ・ 障 害 等 の 状 況	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		
運動障害	<input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> しんせん <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
使用中の補 装具の状況			
	【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	( <input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 ) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし		
褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 ( <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 背部 ) があると可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 正常に可能 <input type="checkbox"/> (1時間・30分・10分) 以上困難 <input type="checkbox"/> 不能		
移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
除 圧 動 作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 辛うじて自力にて可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け						
名称	<input type="checkbox"/> レディメイド 商品名 ( ) <input type="checkbox"/> オーダーメイド						
	採寸区分及び装置の及ぶ範囲	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸	<input type="checkbox"/> 頭・頸部 <input type="checkbox"/> 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 体幹部	<input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 頭部支え <input type="checkbox"/> 上肢支え <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> 下腿支え <input type="checkbox"/> 足台	<input type="checkbox"/> 前腕・手部支え	<input type="checkbox"/> シート張り調節型 <input type="checkbox"/> シート張り調節型		
	の支持連結部	固定遊動 角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 機械式	<input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> ガス圧式	<input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 電動式		
	レーム構造フレーム	使用材料 付加機能	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> ティルト機構	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 昇降機構	<input type="checkbox"/> 完成用部品	<input type="checkbox"/> 車椅子 ( )	
	部品・付属品	上肢保持部品 体幹保持部品 骨盤保持部品 下肢保持部品	<input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 肘パッド <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 臀部パッド	<input type="checkbox"/> 縦型グリップ <input type="checkbox"/> 横型グリップ	<input type="checkbox"/> 肩パッド <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受ロール	<input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 腰部パッド	
		ベルト部品 支持部カバー 内張り 体圧分散補助素材 その他	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 足部保持パッド	<input type="checkbox"/> 外転防止パッド <input type="checkbox"/> 膝パッド	<input type="checkbox"/> 下腿保持パッド	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足首	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部
調節機構	高さ調節 前後調節 角度調節 脱着機構 開閉機構	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> アームレスト	<input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 膝パッド <input type="checkbox"/> 足部支持部	<input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 足部	<input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> アームレスト		
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】

- 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。



(裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理			
名 称	必要とする補聴器の装用耳の欄に○を記載してください。また、必ず、障害等級（2級～6級）に応じた名称・形式の補聴器（高度、重度、他）を選定してください。			
	名称、基本構造、付属品	右	左	対 象 者
	高度難聴用ポケット型			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
	高度難聴用耳かけ方			
	重度難聴用ポケット型			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
	重度難聴用耳かけ型			
	耳あな型レディメイド			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
	耳あな型オーダーメイド			
	骨導式ポケット型			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マールドの使用が困難な方
	骨導式眼鏡型			
	FM型（FM補聴システム）			教育上、職業上等の理由でFM型が必要な方（原則1個）
イヤーマールド				
必要とする理由	※ 耳あな型・骨導式・FM補聴システム、両耳装用が必要な場合には、レ点を入れて下さい ※ 支給対象となる補聴器等は原則1個です。 <input type="checkbox"/> 教育上の理由 <input type="checkbox"/> 職業上の理由 <input type="checkbox"/> 身体上の理由 <input type="checkbox"/> 耳介の欠損・変形 <input type="checkbox"/> 耳漏が著しい <input type="checkbox"/> 外耳道閉鎖症等 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
具体的な効果	※ 具体的効果の該当する項目にレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> 言語習得 <input type="checkbox"/> 学習効果の改善 <input type="checkbox"/> 音の認識・方向性の改善 <input type="checkbox"/> 危険防止 <input type="checkbox"/> 作業効率の向上 <input type="checkbox"/> 業務対応上の必要性 <input type="checkbox"/> 語音明瞭度の改善 <input type="checkbox"/> 聴力レベルの改善 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他	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。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。
- 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・簡易型電動車椅子用)

※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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 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	座位臀巾		
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 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	( <input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 ) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし	
	褥 瘡 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし	
	臀 部 の 状 態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり	
	立 ち 上 がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
	起 立 位 保 持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不能	
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可	
	車 椅子 へ の 移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
除 圧 動 作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
車 椅子 の 操 作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 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	【製作区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理		
名称	<input type="checkbox"/> レディメイド品名 ( ) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> モジュラー方式	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型 (1大車輪のあるもの 2小車輪だけのもの) <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型	
		<input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 簡易型電動 <input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式 ( <input type="checkbox"/> ACサーボモーター ) 操作ノブ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 握り <input type="checkbox"/> 丸 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 十字 <input type="checkbox"/> 円盤 <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 充電器 <input type="checkbox"/> バッテリー ( <input type="checkbox"/> マイコン内蔵ニッカド電池 <input type="checkbox"/> マイコン内蔵ニッケル水素電池 <input type="checkbox"/> リチウムイオン電池 (※リチウムイオン電池は距離15km/日以上の利用者に限る) <input type="checkbox"/> 電動又は電磁ブレーキ	
加算要素	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 枕交換	
		<input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input type="checkbox"/> 延長	
		<input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整	
		<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式	
	付属品等	クッション ※クッション対象者基準に応じて選択してください。	<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面) (背張り調整式バックサポートとの同時加算不可) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等)
			<input type="checkbox"/> 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 (座面・背面) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置
			<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せ (座面・背面) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式)
			<input type="checkbox"/> バルブ開閉で空気量を調節するもの (座面) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左)
			<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (座面) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ
			<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (座面) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用)
			<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左)
			<input type="checkbox"/> クッションカバー <input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品
			<input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ
			<input type="checkbox"/> シートベルト (腰・胸・股・その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台
<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置			
<input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台			
<input type="checkbox"/> リフレクタ (夜光材・夜光反射板) <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架			
<input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) <input type="checkbox"/> 点滴ポール			
<input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左) <input type="checkbox"/> ヒールトップ (踵留) (右・左)			
<input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> アングルトップ (足留) (右・左)			
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、必ず補装具製作者と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

〈普通型対象者〉

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 アームサポート拡幅  
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・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、又は臀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	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 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	座位臀幅		
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 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	( <input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 ) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし	
	褥 瘡 の 有 無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし	
	臀 部 の 状 態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり	
	立 ち 上 がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
	起 立 位 保 持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え) にて可 <input type="checkbox"/> 不能	
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可	
	車 椅子 へ の 移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
	除 圧 動 作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
車 椅子 の 操 作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理	
名称	<input type="checkbox"/> 普通型 ( <input type="checkbox"/> 4.5km/h <input type="checkbox"/> 6km/h ※新規は原則として4.5km/hの機能の電動車椅子とする。) <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (※簡易型電動車椅子は除く)	
加算要素	操作ノブ	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 握り <input type="checkbox"/> 丸 <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 十字 <input type="checkbox"/> 円盤 <input type="checkbox"/> U字 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	制御装置	<input type="checkbox"/> チンコントロール <input type="checkbox"/> フットコントロール <input type="checkbox"/> 水平可動 <input type="checkbox"/> 延長ハーネス
	スイッチ	<input type="checkbox"/> レバー <input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> シーソー
	<input type="checkbox"/> バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 枕交換
	<input type="checkbox"/> アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input type="checkbox"/> 延長
	<input type="checkbox"/> フットサポート	<input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整
	<input type="checkbox"/> レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式
	付属品	<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
		<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)
<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面)		
充電器	<input type="checkbox"/> 内蔵	
<input type="checkbox"/> シートベルト (腰・胸・股・その他 ( ))	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	
<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	
<input type="checkbox"/> リフレクタ 反射器 (夜光材・夜光反射板)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	
<input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて)	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置	<input type="checkbox"/> 点滴ポール	
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター折りたたみ式)	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
製作 (購入)、修理に当たっての選定理由、留意点	【型式・各機構、サポート部、制御装置類、バッテリー、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》

### 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、真に必要な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・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、又は臀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

#### 〈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	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 音声・言語 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	手帳障害等級	級
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他 (具体名：                      )	
疾病・外傷 発生年月日	年 月 ころ		
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	<input type="checkbox"/> 発声不能 <input type="checkbox"/> 聴き取れない <input type="checkbox"/> なんとか聴き取れる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
知的操作能力	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 今後の習熟により可能 <input type="checkbox"/> 不可能		
操 作 上 利用可能な 身 体 能 力	<input type="checkbox"/> 顔	部位	動作
	<input type="checkbox"/> 首、頭	部位	動作
	<input type="checkbox"/> 上肢	部位	動作
	<input type="checkbox"/> 下肢	部位	動作
	<input type="checkbox"/> その他	部位	動作

裏面に続く

## (裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け	
名称	形式	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式 品名 ( )
	必要とする装置	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> 固定台 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	入力装置 (スイッチ)の種類	<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 ( <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部) <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式 (吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線入力式 <input type="checkbox"/> 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。】	
<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>作成医師氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>		

## 【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。



(裏面)

製 作 区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け
名 称	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 視覚障害者用安全杖 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 眼鏡 ( <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 遮光 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子 ( <input type="checkbox"/> 車載用 <input type="checkbox"/> 頭部保持具 <input type="checkbox"/> 内張り) <input type="checkbox"/> 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。
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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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。

様式第1号の2（第3条関係）

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） 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	

様式第2号その1 (第3条関係)

補装具使用環境等調査書 (電動車椅子用)

本人氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

1 使用内容

(1) 使用目的

- ア) 室内の日常生活 イ) 散歩、近所周り ウ) 通院、買い物 エ) 会合出席、公共施設  
オ) 仕事に必要 カ) その他 ( )  
〔具体的に 〕

(2) 使用頻度

- ア) 毎日 イ) 1週間に2~3回 ウ) 1週間に1回程度  
エ) その他 ( )

2 使用場所等

(1) 使用場所

- 1) 屋内 2) 屋外 3) 屋内屋外

ア) 屋内で使用できる場所

- ・上がり口 ・廊下 ・居室 ・洗面所 ・トイレ ・浴室

イ) 屋外の状況 (屋外使用の状況)

- ・家から屋外に移動時の段差 (有・無) ・道路の舗装 (有・無)  
・歩道車道の区分 (有・無) ・交通信号 (有・無) ・交通量 (少・普通・多)  
・段差部分 (有・無) ・坂 (有・無) ・踏切 (有・無) ・池 (有・無)  
・川、用水路 (有・無)  
・その他の状況等 [ ]

ウ) 行動半径 (約 m・km)

(2) 保管場所 (有・無)

3 車椅子使用歴

(1) 車椅子使用の有無 (有・無)

(2) 有の場合の使用時期

- ア) 電動車椅子 ( 年~ 年) イ) 自操車椅子 ( 年~ 年)  
ウ) 介護用車椅子 ( 年~ 年) エ) その他 ( 年~ 年)

4 同居者の状況 (主たる介護者に○印)

氏名	年齢	続柄	介護者	健康状態	備考

5 実施機関の意見

[ ]

調査年月日 年 月 日  
福祉事務所名・担当者名 福祉事務所

様式第2号の2 その2 (第3条関係)

補装具使用環境等調査書 (補聴器用)

本人氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

※両耳装用やポケット型以外の補聴器製作については一定の条件が必要であるため、必要な場合は必ずその理由を具体的に記入してください。

装着する耳 両耳 右耳 左耳 指定なし

↓

教育上必要 理由 (具体的に)  
職業上必要  
その他

補聴器の種類 高度難聴用 重度難聴用  
ポケット型 耳かけ型 耳あな型 (レディメイド)  
耳あな型 (オーダーメイド) 骨導式ポケット型 骨導式眼鏡型

1 使用内容

(1) 使用目的 (複数選択可)

ア) 室内の日常生活 イ) 散歩、近所周り ウ) 通院、買い物 エ) 会合出席、公共施設  
オ) 仕事 (職業: ) カ) その他 ( )  
〔具体的に 〕

(2) 使用頻度

ア) 毎日 (終日・ 時～ 時)  
イ) 1週間に2～3日 (週末)  
ウ) その他 ( )

2 使用場所等

(1) 使用場所

1) 屋内 (自宅 ・ 会社 ・ その他 ( ))  
2) 屋外  
3) 屋内屋外

3 補聴器使用歴

(1) 補聴器使用の有無 (有・無)

(2) 有の場合の使用時期

ア) ポケット型 ( 年～ 年) イ) 耳かけ型 ( 年～ 年)  
ウ) 耳あな型 ( 年～ 年) エ) その他 ( 年～ 年)

4 実施機関の意見

〔 〕

調査年月日 年 月 日  
福祉事務所名・担当者名 福祉事務所



様式第2号その3 (第3条関係)

補装具使用環境等調査書 (その他)

本人氏名 ( ) 年齢 ( ) 歳

1 補装具の種類

(1) 種目名 ( )

(2) 機器名 ( )

(3) 選定理由 (高性能・高額部品、完成用部品、他製品との比較等、選定した理由について)

具体的に ( )

2 装用・操作部位、操作方法

(1) 左・右、上肢・下肢・体幹、目、その他 ( )

具体的に ( )

3 使用目的

ア) 室内の日常生活 イ) 散歩、近所回り ウ) 通院、買い物 エ) 会合出席、公共施設

オ) 仕事上 カ) 教育上 キ) 趣味 ク) 家事 ケ) その他

具体的に ※仕事上・教育上の場合、会社や学校の種類、学年、会社・学校側の理解等も記載 ( )

4 使用頻度・時間

ア) 毎日 イ) ( ) 回/週 ウ) その他 ( )

エ) 使用時間 ( )

5 使用場所等

(1) 屋内 自宅・会社・学校 その他 ( )

(2) 屋外 ( )

(3) その他 ( )

6 補装具履歴

(1) 機種名 ( )

(2) 交付・使用年度 ( )

(3) 利用制度: 補装具、 その他制度 ( ) ・自費購入

(4) 使用用途・状況 ( )

(5) 破損箇所 ( )

(6) 修理困難な理由 ( )

7 主介護者・介護状況

( )

調査年月日 年 月 日

福祉事務所名・担当者名 福祉事務所

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	
障害者の状況	(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	
特例補装具を要する医学的理由	(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		
<p>上記の理由により特例補装具の交付が必要です。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 診療科目名 医師氏名</p> <p>(宛先) 静岡市地域リハビリテーション推進センター所長</p>		

様式第4号（第3条、第4条関係）

特例補装具費支給に関する理由書（市用）

作成年月日 年 月 日

氏 名	( 歳)	福祉事務所名	
原 因 疾 病			
障 害 名		手帳交付年月日	年 月 日
補装具（名称・形式）			
障 害 者 の 状 況	(1) 身体状況		
障 害 者 の 状 況	(2) 日常生活状況（ADL、家庭生活、住環境、通院等）		
補 装 具 使 用 状 況			
補装具の価格 （基準価格）	円 円	予 算 関 係	<input type="checkbox"/> 当初予算で対応 <input type="checkbox"/> 補正予算で対応（補正額 円）
福祉事務所の 意 見	（基準内補装具による支障・特例補装具の特徴・日常生活、社会生活上の効用等を記載ください。）		
備 考			

様式第5号（第4条関係）

第 号  
年 月 日

（宛先）地域リハビリテーション推進センター所長

静岡市長

技 術 的 助 言 依 頼 書

技術的助言を受けたいので、静岡市補装具判定事務取扱要綱第4条第1項の規定により依頼します。

氏名		年 月 日生（ 歳）
住所		
身体障害者手帳	静岡市・静岡県 第 号	年 月 日交付
	障害名（ 級）	
補装具の種類		
助言依頼内容		
添付書類	<input type="checkbox"/> 特例補装具費支給に関する理由書 <input type="checkbox"/> 補装具費（購入・修理・借受け）支給申請書 <input type="checkbox"/> 補装具費支給意見書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 処方箋、カタログ等	
備考	(担当者 )	

様式第6号（第4条関係）

第 号  
年 月 日

（宛先）静岡市長

地域リハビリテーション推進センター所長 印

技 術 的 助 言 通 知 書

年 月 日付け 第 号で依頼のあった の件については次のとおり助言します。

氏 名		年齢	歳
住 所			
補装具名及び 型 式			
技 術 的 助 言			

様式第7号（第5条、第7条関係）

第 号  
年 月 日

（宛先）静岡市長

地域リハビリテーション推進センター所長 印

補 装 具 判 定 実 施 通 知 書

先に依頼のあった補装具費支給に関する判定について、下記のとおり判定日時等を決定しましたので、申請者及び申請者が販売、修理又は借受けを希望する補装具業者あて通知してください。

なお、当日申請者及び申請者が制作を希望する補装具業者が来所できない場合は、必ず当所までご連絡ください。

記

申請者氏名	身体障害者手帳番 号	補 装 具 名	希望する補装具業 者	判定日時	判定場所

判定当日持参する物	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 《再交付及び修理の場合》 <input type="checkbox"/> 現在使用中の補装具 《適合判定の場合》 <input type="checkbox"/> 現在作成中の補装具
-----------	---

連絡先 静岡市地域リハビリテーション推進センター  
電 話

（宛先）静岡市長

地域リハビリテーション推進センター所長 印

補 装 具 判 定 書

年 月 日付けの依頼については次のとおり判定します。

実施日	年 月 日 ( )	判定場所	
フリガナ 氏 名			年 月 日生 ( )歳
住 所			職業
手 帳 障害名	障害名： ( 級) 年 月 日交付 第 号		
医 学 的 診 断	原 傷 病 名		
	障 害 原 因	先天性・後天性(外傷・戦傷・戦災・労災・交通・疾病・その他)	
	現 症	：(全身所見、合併症、筋力テスト、ROM、ADL等)	
処 方 内 容	【処方補装具名、補装具作成にあたっての留意点、・使用効果の見込み】		
適 合 判 定	適 ・ 否 / 年 月 日実施		
交 付 の 適 否	適 ・ 否		

（宛先）静岡市長

地域リハビリテーション推進センター所長 印

補 装 具 判 定 書

年 月 日付けの判定依頼については次のとおり判定します。

住 所		生年月日	年 月 日
フリガナ 氏 名		年 齢	歳
判定年月日	年 月 日		
障 害 名		程 度	
医 学 的 判 定	現 傷 病 名		
	現 症		
	補 装 具		
	補装具の 名称又は 修理部位		
	補装具の 処方及び 工作的所見		
	概 算 額		
	補装具使用 による 効果見込		
総 合 判 定			