

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。

身体障害者更生相談所審査欄	
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	印
審査年月日	年 月 日

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
住所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他() (病名:)			
疾病・外傷発症年月	年 月 日			
身 体 障 害 等 の 状 況	心臓等その他機能障害			
	頭部機能	※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"/> 振戦 <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"/> 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			
座位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持(□頭部 □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			
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"/> 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			
車椅子の操作	<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}			

<p>【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 *再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。</p>			
<p><input type="checkbox"/>オーダーメイド <input type="checkbox"/>レディメイド 商品名 ()</p>			
基本価格 (身体部位)	採型	<input type="checkbox"/> 頭・頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部	
	採寸	<input type="checkbox"/> 頭・頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿・足部	
姿勢 支持部	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部支え <input type="checkbox"/> フレックス構造	
	上肢	<input type="checkbox"/> 上肢支え <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え <input type="checkbox"/> フレックス構造	
	体幹部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> フレックス構造	
	骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> フレックス構造	
	下腿部	<input type="checkbox"/> 下腿支え <input type="checkbox"/> フレックス構造	
	足部	<input type="checkbox"/> 足台 <input type="checkbox"/> フレックス構造	
保持 の支持 連結部	固定	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部	
	遊動	<input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部	
	角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式	
装 置 内 容	使用材料	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 完成用部品名 ()	
	付加機能	<input type="checkbox"/> 車椅子及び電動車椅子機能 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構	
方 内 容	カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 表面クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品	
	上肢保持部品	<input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 肘パッド <input type="checkbox"/> 縦型グリップ <input type="checkbox"/> 横型グリップ	
	体幹保持部品	<input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール <input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 腰部パッド	
	骨盤保持部品	<input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 臀部パッド	
	下肢保持部品	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <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"/> 足部保持パッド	
	ベルト部品	<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	
	支持部カバー	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 (<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型) <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 (<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型) <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 防水加工	
	内張り	<input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> テーブル	
	体圧分散補助素材	<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	
	その他	<input type="checkbox"/> キャスター (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能) <input type="checkbox"/> 介助用グリップ <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座	
	調節 機構	高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部 <input type="checkbox"/> アームサポート
		前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部
		角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル
		脱着機構	<input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 膝パッド <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 内転防止パッド
開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 足部支持部		
製作、修理・借受けにあたっての留意点等	【完成用部品の型式等について御記入ください。】		
使用効果見込	【処方補装具使用によって可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。		
<p>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 () 印</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</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 (※注)</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 (※注)</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> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師</p>			