

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。

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	明・大昭・平	年 月 日
住所					歳
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			
疾病・外傷発生日	明・大・昭・平成 年 月ごろ				
身体	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"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他 ()			
障害等の状況	【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"/> 現在は無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 (<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				
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}				

裏面に続く

様式2-4 (裏面)

座 位 保 持 装 置 処 方 内 容	<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 のお及ぶ範囲	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸
	支持部	<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"/> 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
		<input type="checkbox"/> 頭部支え <input type="checkbox"/> 上肢支え <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> シート張り調節型 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> シート張り調節型 <input type="checkbox"/> 下腿支え <input type="checkbox"/> 足台
	の支 連持 結部	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 遊動 <input type="checkbox"/> 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
	1フ構 ムレ造	<input type="checkbox"/> 使用材 <input type="checkbox"/> 付加機能
部品・ 付属品	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 完成用部品 <input type="checkbox"/> 車椅子 () <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構	
	<input type="checkbox"/> アームレスト <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 <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 <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 臀部パッド <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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 内張り <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> キャスター <input type="checkbox"/> 介助用グリップ <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調節用台座	
調節 機構	<input type="checkbox"/> 高さ調節 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 前後調節 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 角度調節 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 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"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 開閉機構 <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 足部支持部	
補装具 製作に あたって の留意点	【 型式、採型・採寸区分、製作要素、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。 】	
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		
※ 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。) <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) <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) <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 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)		

※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け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をいう。