

補装具費支給に関する意見書（上肢装具・体幹装具用）

身 体 障 害 者 更 生 相 談 所 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		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	☐ 先天性 ☐ 疾病 ☐ 交通 ☐ 労災 ☐ その他（ （病名：）				
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月ごろ				
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 ☐ 筋・骨格系	部 位	(障害に関わる部位の) MMT、ROM	感覚評価	
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。】				

裏面に続く

様式2-3-1 (裏面)

製作区分		【部位】 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側 【区分】 ☐ 新規 ☐ 再製作 ☐ 修理 ☐ 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。				
処方舗装具名 (採型区分・基本価格)		※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				
		区 分	名 称	定 義	採型区分	
					☐ 採型 ☐ 採寸 採型区分（ ）	
上肢装具	継手	肩 継 手	☐ 固定式 ☐ 遊動式 ☐ 肩回旋装置		完成用部品名（ ）	
		肘 継 手	☐ 固定式 ☐ 遊動式 ☐ プラスチック継手		完成用部品名（ ）	
		手 継 手	☐ 固定式 ☐ 遊動式 ☐ プラスチック継手		完成用部品名（ ）	
		MP 継 手	☐ 固定式 ☐ 遊動式			
		IP 継 手	☐ 固定式 （ ☐ 硬性 ☐ フレーム） ☐ 遊動式 ☐ 鋼線支柱			
	支持部	胸 郭 支 持 部	☐ 硬性 ☐ フレーム			
		骨 盤 支 持 部	☐ 硬性 ☐ フレーム			
		上 腕 支 持 部	☐ 半月 皮革等（ ☐ カフベルト ☐ 上腕コルセット） ☐ 硬性			
		前 腕 支 持 部	☐ 半月 皮革等（ ☐ カフベルト ☐ 前腕コルセット） ☐ 硬性			
		手部背側パッド	☐ 硬性 ☐ フレーム			
		手 掌 パ ッ ド	☐ 硬性 ☐ フレーム			
	その他の加算要素	☐ 肘サポーター（ ☐ 支柱付き ☐ 支柱なし） ☐ 基節骨パッド（ ☐ 硬性 ☐ フレーム） ☐ 中・末節骨パッド（ ☐ 硬性 ☐ フレーム） ☐ 対立バー ☐ C バー ☐ アウトリガー ☐ 伸展・屈曲補助パネ(☐ 輪ゴム) ☐ 肘当て ☐ ターンバックル ☐ ダイヤルロック ☐ フレクサーヒンジ ☐ 内張り（ ☐ 上腕部 ☐ 前腕部 ☐ 手部）				
		完成用部品	☐ 把持装具（B F O） 完成用部品名（ ） ☐ 指装具用 完成用部品名（ ） ☐ その他支柱 完成用部品名（ ）			
	体幹装具	支持部	頸 椎	☐ 硬性(☐ 支柱付き ☐ 支柱なし) ☐ フレーム ☐ カラー（あご受け ☐ あり ☐ なし）		
			胸腰仙椎	☐ 硬性(☐ 支柱付き ☐ 支柱なし) ☐ フレーム ☐ 軟性		
			腰 仙 椎	☐ 硬性(☐ 支柱付き ☐ 支柱なし) ☐ フレーム ☐ 軟性		
仙 腸			☐ 硬性(☐ 支柱付き ☐ 支柱なし) ☐ フレーム ☐ 軟性 ☐ 骨盤帯（ ☐ 芯あり ☐ 芯なし）			
骨 盤			☐ 皮革 ☐ 硬性 ペルビックガードル			
☐ 硬性のサンドイッチ構造						
その他の加算要素		体幹装具付属品	☐ 高さ調整 ☐ ターンバックル ☐ 腰部継手 ☐ バタフライ ☐ 肩ベルト ☐ 会陰ひも ☐ 腹部エプロン ☐ 斜頸枕			
		側弯症装具付属品	☐ ミルウォーキー型付属品一式 ☐ 胸椎パッド ☐ 腰椎パッド ☐ ショルダーリング ☐ 腋窩パッド ☐ ネックリング ☐ 胸郭バンド ☐ アウトリガー ☐ 前方支柱 ☐ 後方支柱 ☐ 側方支柱			
		内張り	☐ 頸椎支持部 ☐ 胸腰仙椎支持部 ☐ 腰仙椎支持部 ☐ 仙腸支持部			
完成用部品名						
製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等		【上記完成用部品以外の指定等、製作上の留意点について御記入ください。】				
使用効果見込		【 処方補装具装着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。				
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。（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。） ☐ 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） ☐ 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） ☐ 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 ☐ 【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						