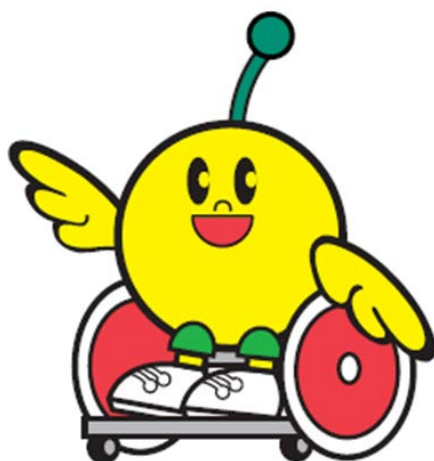


補装具費支給要否意見書作成の手引き



福島県障がい者総合福祉センター

令和3年2月

目次

	ページ
はじめに	1
補装具費支給の流れ	2
短下肢装具（両側支柱）	3
短下肢装具（硬性支柱付き）	7
短下肢装具（硬性支柱なし・シューホン型）	11
短下肢装具（硬性支柱なし・継手付きシューホン型）	15
短下肢装具（硬性支柱なし・タマラック継手型）	19
車椅子（普通型オーダーメイド）	23
車椅子（リクライニング・ティルト式手押し型オーダーメイド）	29
座位保持装置（車椅子構造フレーム）	35
補聴器（片耳装用）	43
補聴器（両耳装用）	47
補聴器（聴力が低い方の耳に片耳装用）	51
補聴器（耳あな型）	55
重度障害者用意思伝達装置	59
眼鏡（矯正用・遮光の機能が必要）	61
眼鏡（遮光用・かけめがね式）	63
補装具費要否意見書の作成に関する Q&A	66

はじめに

福島県の障がい者医療・福祉行政の推進につきましては、日頃より御理解と御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、『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（以下「障害者総合支援法」といいます。）』に基づく補装具費支給制度により、身体障がい者の方が補装具費の支給を希望される場合には、お住まいの市町村の障がい福祉担当窓口に応用する必要があります。市町村では、福島県障がい者総合福祉センター（福島県の身体障害者更生相談所です。以下「センター」といいます。）の判定が必要なものについて、センターに判定を依頼し、センターで内容を確認後、補装具費の要否を判定しています。

補装具費の要否判定にあたっては、センターが開催する相談会への出席が必須である補装具（骨格構造義肢、電動車椅子）と、身体障害者福祉法第15条に基づいて指定された医師（以下「15条指定医」といいます。）が作成した『補装具費支給要否意見書（以下「意見書」といいます。）』に基づいて判定できる補装具があります。

この手引きは、15条指定医の先生方が意見書を作成する際の参考としていただくとともに、市町村の障がい福祉担当窓口で意見書の内容を確認する際に活用できるよう作成しました。

申請数の多い補装具や記入漏れのために返却して追記を依頼することが多い補装具を中心に作成例を示し、正しく記載いただきたい内容について説明しています。意見書の記入漏れがあると、医療機関に返送して15条指定医の先生方に追記していただくこととなるため、先生方の御負担になるとともに、要否判定が遅れるために身体障がい者の方々が補装具を入手するまでに時間を要することとなります。

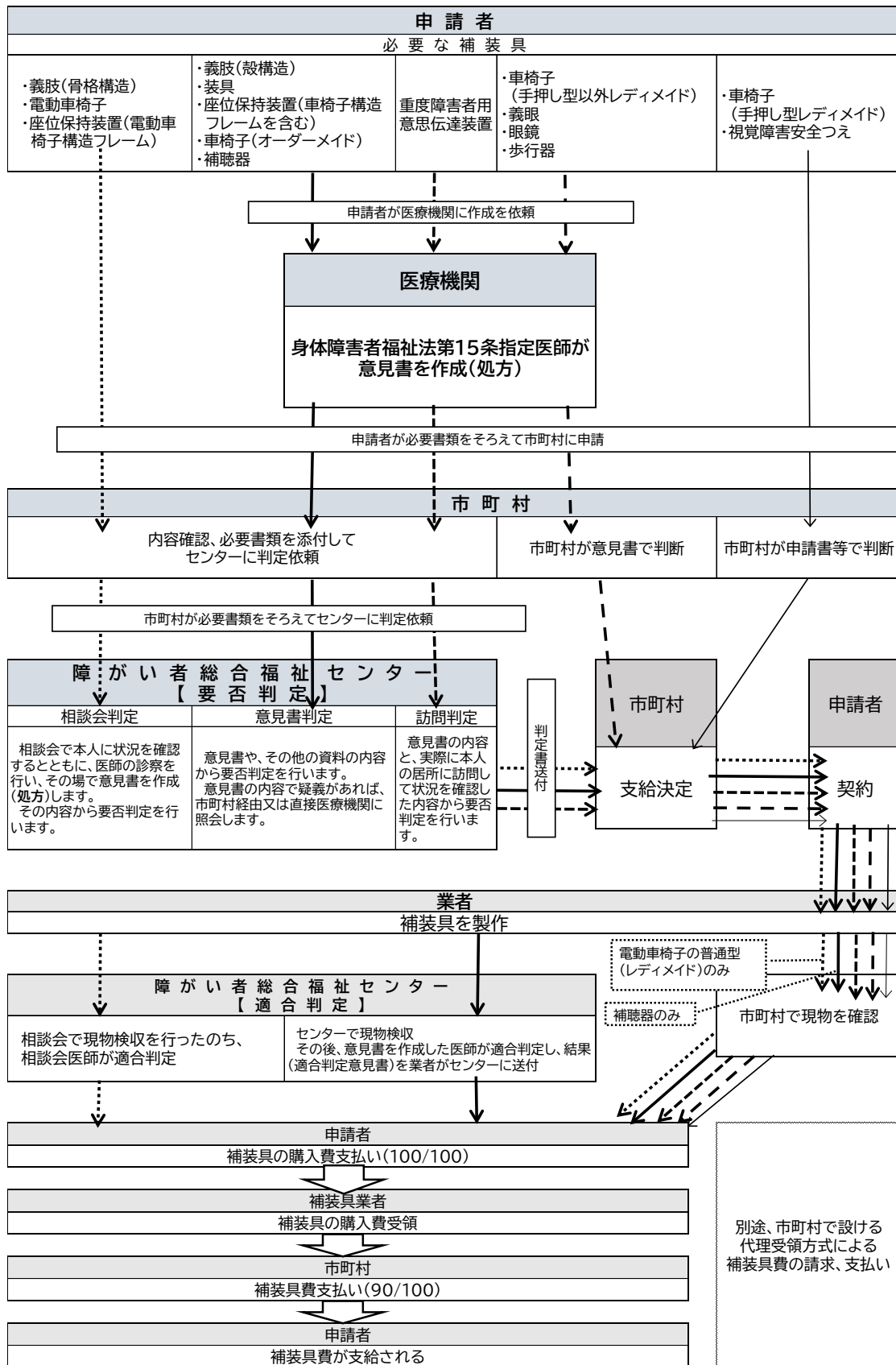
15条指定医の先生方には、記入漏れ等のない適切な意見書作成を心がけていただくことにより、市町村での内容確認やセンターでの判定を速やかに行うことが可能となり、また、再支給の際にも身体状況の変化や前回の補装具との違いを確認しやすくなります。

日々の診察や研究、新型コロナウイルス感染症拡大防止の対策など、お忙しいことと思いますが、迅速かつ適正な補装具費支給制度の運用のため、この手引きを御活用いただきますようお願いいたします。

令和3年2月

福島県障がい者総合福祉センター

(参考) 補装具費支給の流れ



- ※ 新規申請の場合を示しています。また、条件によって取り扱いが異なる場合もあります。
- ※ 意見書判定を行っている補装具は、本人の希望などがあれば、相談会判定も可能です。
- ※ 詳しくは、当センター発行の「補装具の手引き」最新版を参照願います。

短下肢装具（両側支柱）

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	本宮 市子	男(女)	昭和 ○年 △月 □日生	●歳	
住所	〇〇市●●町△△字□□番地 ●●マンション				
障がい名	左上下肢機能全廃				
原因となった疾病・外傷名	脳内出血		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 平成●年 △月 □日		疾病() 先天性・その他()		
障がいの状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙攣性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】			
		股関節	可動域 屈曲10°、伸展5°、外旋50°、内旋40°、外転40°、内転20° MMT 屈曲2、内転2、外転2、伸展1、内旋1、外旋1		
		膝関節	可動域 屈曲140°、伸展0° MMT: 屈曲2、伸展1		
		足関節 足部	可動域 背屈5° 底屈20° MMT 背屈1、底屈1		
	歩行の状態	独歩不能。装具及びT字杖を使用して介助歩行可能。			
上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】 左上肢筋力消失 握力0 体幹 ふらつきあり				
脚長差	1 なし 2 あり → cm				
必要とする補装具	<input checked="" type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし G 軟性 □ PTB免荷付き			
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 □ 骨盤付 □ 坐骨支持式			
	<input type="checkbox"/> 膝装具	必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。 軟性			
	<input type="checkbox"/> 股装具	A 両側支柱 B 硬性 C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 足底装具	A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔			
	<input type="checkbox"/> 靴型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 □ 整形靴 □ 特殊靴			
	<input type="checkbox"/> 歩行器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型			
<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見()				
使用効果見込	装具使用により、安定した歩行が可能になる。				

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が半月と皮革等(カフバンド)のものは両側支柱、半月とモールドのものは硬性(支柱付き)に分類されます。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等	
処方部位		A 右 B 左 C 両側	
採型・採寸		A 採型 B 採寸	
継手	股継手	A 固定 B 遊動	
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
	足継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。			
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性	
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式	
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式	
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴	
その他の加算要素	A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り 大腿部・下腿部(足部) O 義足懸垂用部品		
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式	
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式	
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 遊動式	
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ	
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン	
借受け	部品名	期間	か月
	理由		
靴 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
	補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高
	ヒールの補正		A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フラア・ヒール I 階段状ヒール
	足底の補正		A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンパー・パッド D メイトー・半月パッド E メタルサル・パッド F ハウサー・パッド G ロッカー・パッド H 蝶型踏み返し
付属品等		A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
上記のとおり意見します。			
令和〇年 〇月 〇日			
医療機関名		●●●病院	
所在地		●●●市△町□-□	
診療科名		整形外科	
作成医師氏名		〇〇 〇〇	
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。	
		(印)	

(R2. 6)

短下肢装具(両側支柱)の基本構造

- ・下腿の長軸に沿って内外の両側に金属の支柱を持ち、両支柱を結ぶ一つ以上の半月をもつもの
- ・両側の金属支柱により強い制動力が得られる
- ・ストラップやパッドによる内・外反変形の矯正がしやすい

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

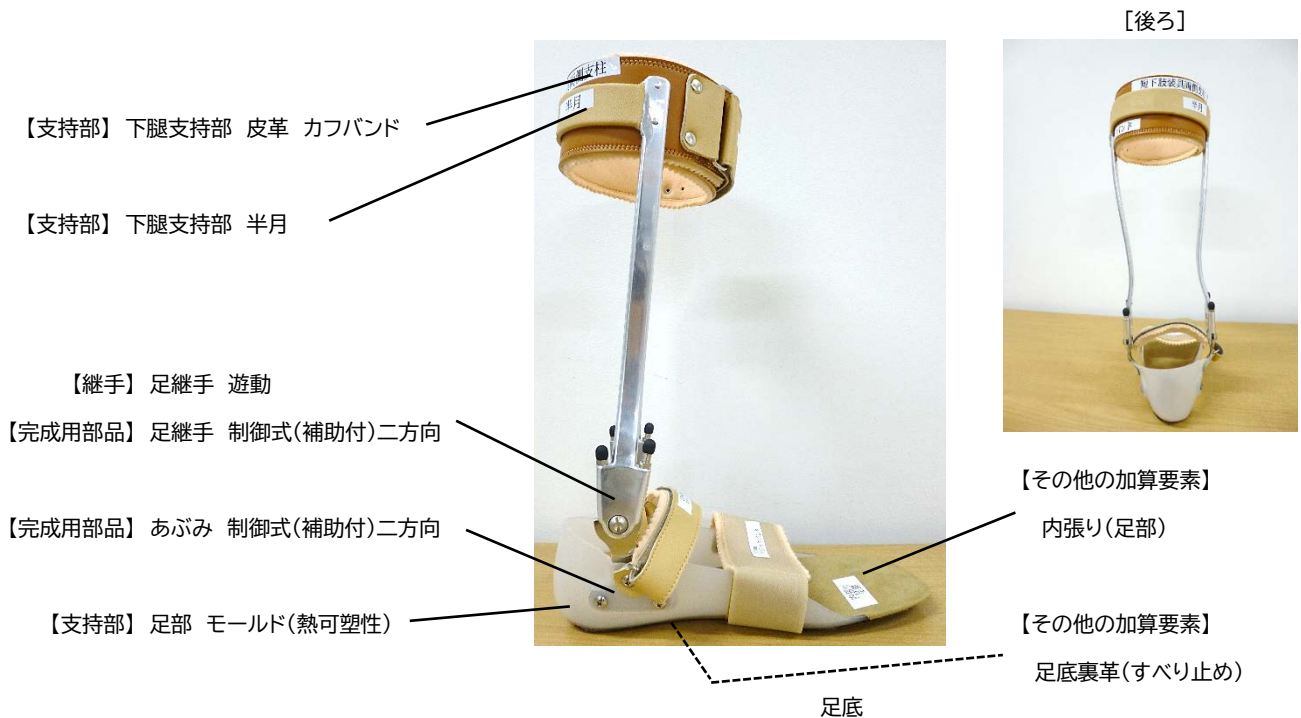
なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 固定継手は、継手のない支柱を用いる時のみ該当します。
継手を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 靴型付きの短下肢装具の場合や、補高をする場合等には記載願います。

※記載例の処方内容でできる短下肢装具(両側支柱)の一例



【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

短下肢装具（硬性支柱付き）

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	福島 庁太郎	(男) 女	生年月日	S△年□月□日生	●歳	
住所	●●郡●●町□字△ ○番地					
障がい名	右下肢麻痺					
原因となった 疾病・外傷名	脳梗塞			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 H□年 □月 □日			疾病・先天性・その他()		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節	可動域制限なし 筋力半減			
		膝関節	可動域制限なし 筋力半減			
		足関節 足部	下垂足 筋力全廃			
	歩行の 状態	歩行不能				
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】				
		右上肢 筋力全廃 左上肢 筋力半減 体幹 ふらつきあり				
	脚長差	1 なし 2 あり → cm				
必 要 と す る 補 装 具	<input checked="" type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね F 硬性 1 支柱付き 2 支柱なし G 軟性 <input type="checkbox"/> PTB免荷付き				
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 <input type="checkbox"/> 骨盤付 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式				
	<input type="checkbox"/> 膝	必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。 軟性				
	<input type="checkbox"/> 股					
	<input type="checkbox"/> 足底装具	A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔				
	<input type="checkbox"/> 靴型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴				
	<input type="checkbox"/> 歩行器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛つき 腰掛なし) C 三輪型 D 二輪型 E 固定型 F 交互型				
	<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見()				
使用効果見込	起立、立位、移乗が可能になる					

「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。
障がいがない項目には「問題なし」「正常」などと記載をお願いします。

必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。

補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が半月と皮革等(カフバンド)のものは両側支柱、半月とモールドのものは硬性(支柱付き)に分類されます。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処方部位		A 右 B 左 C 両側			
採型・採寸		A 採型 B 採寸			
継手	股継手	A 固定 B 遊動			
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	足継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。				
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性			
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式			
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式			
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴			
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式			
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式			
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式			
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ			
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン			
□ 借受け	部品名			期間	か月
	理由				
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式			
	補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高		
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール			
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C テンパー・パター D メイトー・半月パター E メタルサル・パター F ハウザー・パター G ロッカー・パター H 蝶型踏み返し			
	付属品等	A 月型の延長 B スチールパネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)			
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日					
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名	□□医院		
		所在地	〇〇町〇〇字△ □□番地		
		診療科名	整形外科		
		作成医師氏名	△△ ○○		
					身体障害者福祉法 第15条の指定医師の 記名・押印が必要です。
					印

(R2.6)

短下肢装具 硬性(支柱付き)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等)のうち、金属の支柱と半月によって補強されたもの
- ・支柱があるため硬性(支柱なし)より強度があり、両側支柱付きより軽量

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 固定継手は、継手のない支柱を用いる時のみ該当します。
継手(完成用部品)を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 靴型付きの短下肢装具の場合や、補高をする場合等には記載願います。

※記載例の処方内容でできる硬性(支柱付き)の短下肢装具(一例)



【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印 (私印) してください。

短下肢装具（硬性支柱なし・シューホン型）

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	双葉 敬子	男(女)	生年月日	昭和 ○年 △月 □日生	●歳	
住所	〇〇市●●町〇丁目△					
障がい名	左下肢麻痺					
原因となった疾病・外傷名	脳出血		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生年月日	平成●年○月○日	疾病・先天性・その他()			
障がいの状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 ③ 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障がい	① 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節	問題無し			
		膝関節	問題無し			
		足関節 足部	尖足、内反変形あり			
	歩行の状態	装具を使用すれば可能				
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】				
		左上肢機能は可動性、筋力低下著明にあり、運動困難。 右上肢機能は異常なし。 体幹機能、前屈、回旋、可動域低下あり。				
	脚長差	① なし 2 あり → cm				
必要とする補装具	<input checked="" type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね ⑥ 硬性 → 1 支柱付き ② 支柱なし G 軟性 <input type="checkbox"/> PTB免荷付き				
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 <input type="checkbox"/> 骨盤付 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式				
	<input type="checkbox"/> 膝装具	必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。 軟性				
	<input type="checkbox"/> 股装具	A 両側支柱 B 硬性 C 軟性				
	<input type="checkbox"/> 足底装具	A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔				
	<input type="checkbox"/> 靴型装具	A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴				
	<input type="checkbox"/> 歩行器	A 六輪型 B 四輪型(腰掛) 補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。				
	<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見[]				
使用効果見込	装具を使用することで歩行が安定する					

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。
また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処方部位		A 右 (B)左 C 両側			
採型・採寸		(A)採型 B 採寸			
継手	股継手	A 固定 B 遊動			
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	足継手	A 固定 B 遊動 (C)プラスチック継手			
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。				
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性			
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式			
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット (C)モールド → 1 熱硬化性樹脂 (2)熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式			
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂)(3)モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴			
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 (L)足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 (N)内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式			
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式			
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式			
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ			
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 器具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン			
借受け	部品名			期間	か月
	理由				
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式			
	補 高	高さ	cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール			
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンパー・パッド D メイト・半月パッド E メタルザル・パッド F ハウザー・パッド G ロッカー・パッド H 蝶型踏み返し			
	付属品等	A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)			
上記のとおり意見します。					
令和〇年〇月〇日					
身体障害者手帳交付日 以降の日付になっている か確認してください。		医療機関名		●●病院	身体障害者福祉法 第15条の指定医師 の記名・押印が必要 です。 (印)
		所在地		●●市△町□-□	
		診療科名		整形外科	
		作成医師氏名		〇〇 〇〇	

(R2.6)

短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等)のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単である

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 フレキシブルアングルである場合、「プラスチック継手」に該当しますが、足関節が固定されている場合、足継手は計上できません。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には記載願います。

※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし シューホン型)の一例

[後ろ]



【その他の加算要素】

内張り(足部)

【その他の加算要素】

足底裏革(すべり止め)



【支持部】 下腿支持部

モールド(熱可塑性)

【支持部】 足継手 プラスチック継手

【支持部】 足部

モールド(熱可塑性)

足底

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等		
処方部位		Ⓐ 右 B 左 C 両側		
採型・採寸		Ⓐ 採型 B 採寸		
継手	股継手	A 固定 B 遊動		
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手		
	足継手	A 固定 B 遊動 Ⓒ プラスチック継手×2		
※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。				
支持部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性		
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式		
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット Ⓒ モールド → 1 熱硬化性樹脂 ② 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式		
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) Ⓑ → 2 モールド(熱硬化性樹脂) ③ モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴		
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 I ① 底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N ④ 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品		
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式		
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式		
	足継手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式		
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ		
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 器具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン		
借受け	部品名		期間	か月
	理由			
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式		
	補 高	高さ	cm	A 敷き革式 B 靴の補高
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール		
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンパー・パター D メイトー・半月パター E メタルサル・パター F ハウザー・パター G ロッカー・パター H 蝶型踏み返し		
	付属品等	A 月型の延長 B スチールバネ入り C トゥボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)		
上記のとおり意見します。				
令和〇年〇月〇日				
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名	●●病院	身体障害者福祉法 第15条の指定医師の 記名・押印が必要です。
		所在地	●●市△町□ー□	
		診療科名	整形外科	
		作成医師氏名	〇〇 〇〇	
(印)				

(R2.6)

短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等)のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単
- ・そのうち、継手付きシューホン型は、短下肢装具を下腿部と足部とに分割し、その間に足関節を付け、背屈フリー、底屈ストップの機能を持たせたもの

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

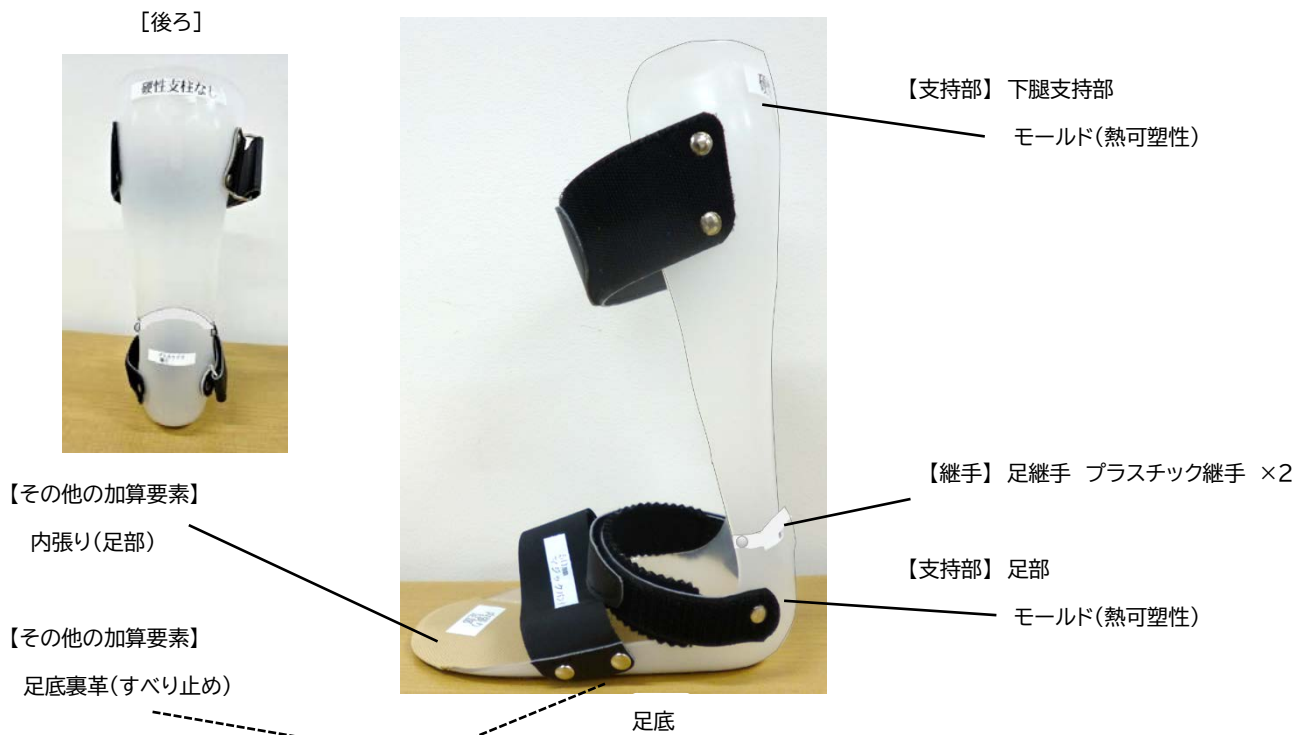
なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 継手付きシューホン型は、プラスチック継手2つという扱いになります。
(完成用部品を用いる場合には遊動継手に該当します。)

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正をする場合には記載願います。

※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし 継手付きシューホン型)の一例



【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

短下肢装具（硬性支柱なし・タマラック継手型）

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書（下肢装具・靴型装具・歩行器）

氏名	浪江 新一	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ○年 △月 □日生	●歳	
住所	○○市●●町△丁目◎					
障がい名	左上肢機能全廃 左下肢機能全廃					
原因となった疾病・外傷名	脳梗塞		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生日		平成●年 △月 △日	<input checked="" type="radio"/> 疾病 <input type="radio"/> 先天性・その他()		
障がいの状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 <input checked="" type="radio"/> 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり <input checked="" type="radio"/> 4 なし				
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節	可動域他動で伸展-40° 屈曲90° 自動運動不可			
		膝関節	可動域他動で伸展-20° 屈曲120° 自動運動不可			
		足関節 足部	可動域他動で伸展0° 屈曲40° 自動運動不可			
	歩行の状態	歩行不能				
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】 左上肢は自動運動不可 体幹は車椅子上での保持は可能だが、立位では不可				
	脚長差	<input checked="" type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり → cm				
	必要とする補装具	<input checked="" type="checkbox"/> 短下肢装具	A 両側支柱 B 片側支柱 C S型支柱 D 鋼線支柱 E 板ばね <input checked="" type="checkbox"/> F 硬性 → 1 支柱付き <input checked="" type="checkbox"/> 2 支柱なし G 軟性 <input type="checkbox"/> PTB免荷付き			
<input type="checkbox"/> 長下肢装具		A 両側支柱 B 片側支柱 C 硬性 <input type="checkbox"/> 骨盤付 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式				
<input type="checkbox"/> 膝装具		必要とする補装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。 軟性				
<input type="checkbox"/> 股装具		A 両側支柱 B 片側支柱 C 軟性				
<input type="checkbox"/> 足底装具		A アーチサポート B メタルザルサポート C 補高 D 内側楔及び外側楔				
<input type="checkbox"/> 靴型装具		A 長靴 B 半長靴 C チャッカ靴 D 短靴 <input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴				
<input type="checkbox"/> 歩行器		A 六輪型 B 四輪型(肘) <input type="checkbox"/> 三輪型(肘) <input type="checkbox"/> 二輪型(肘) <input type="checkbox"/> 手押し型 補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。				
<input type="checkbox"/> 借受け		期間: か月 所見()				
使用効果見込	左足下垂が予防でき、転倒のリスクが軽減できる					

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください(その部位に障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」といった記載で構いません)。

補装具の必要性が確認できるよう、障がいの内容について詳細に記載してください。

「脚長差」 該当する項目を○で囲み、脚長差がある場合はその長さを記載してください。

【必要とする補装具】

該当する補装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

「歩行が可能になる」「立位が可能になる」等、具体的な使用効果を記載してください。

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等		
処方部位		A 右 <input checked="" type="radio"/> B 左 C 両側		
採型・採寸		<input checked="" type="radio"/> A 採型 B 採寸		
継 手	股継手	A 固定 B 遊動		
	膝継手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手		
	足継手	A 固定 <input checked="" type="radio"/> B 遊動 C プラスチック継手		
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。			
支 持 部	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) → 1 支柱付き 2 支柱なし B 軟性		
	大腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式		
	下腿支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット <input checked="" type="radio"/> C モールド → 1 熱硬化性樹脂 <input checked="" type="radio"/> 2 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式		
	足 部	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) <input checked="" type="radio"/> B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) <input checked="" type="radio"/> 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴		
その他の加算要素		A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 <input checked="" type="radio"/> N 内張り(大腿部・下腿部・ <input checked="" type="radio"/> 足部) O 義足懸垂用部品		
完 成 用 部 品	股継手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 レバーロック式 B 遊動式		
	膝継手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイアルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式		
	足継手	<input checked="" type="radio"/> A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式		
	あぶみ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ		
	その他	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 <input checked="" type="radio"/> D 器具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン		
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名		期間
	理由			
靴 型 装 具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式		
	補 高	高さ cm	A 敷き革式 B 靴の補高	
	ヒールの補正	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフ・ヒール D キール・ヒール E サッチ・ヒール F トーマス・ヒール G 逆トーマス・ヒール H フレア・ヒール I 階段状ヒール		
	足底の補正	A 内側ソールウェッジ B 外側ソールウェッジ C デンバー・パター D メイトー・半月パター E メタルサル・パター F ハウザー・パター G ロッカー・パター H 蝶型踏み返し		
	付属品等	A 月型の延長 B スチールパネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)		
上記のとおり意見します。				
令和〇年〇月〇日				
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名	●●病院	
		所在地	●●市△町□ー□	
		診療科名	整形外科	
		作成医師氏名	〇〇 〇〇	
			身体障害者福祉法 第15条の指定医師の 記名・押印が必要です。	
			<input checked="" type="checkbox"/>	

短下肢装具 硬性(支柱なし)の基本構造

- ・陽性モデルを用いてモールドされたもの(材料は不燃性セルロイド、プラスチック、皮革等)のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単
- ・そのうち、タマラック継手型は、完成用部品の足継手及び装具用制御装置が使用される。製作要素の足継手は「遊動式」に該当する
- ・ウレタン製のジョイントには中心部に補強材が使用され、耐久性にも優れる

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

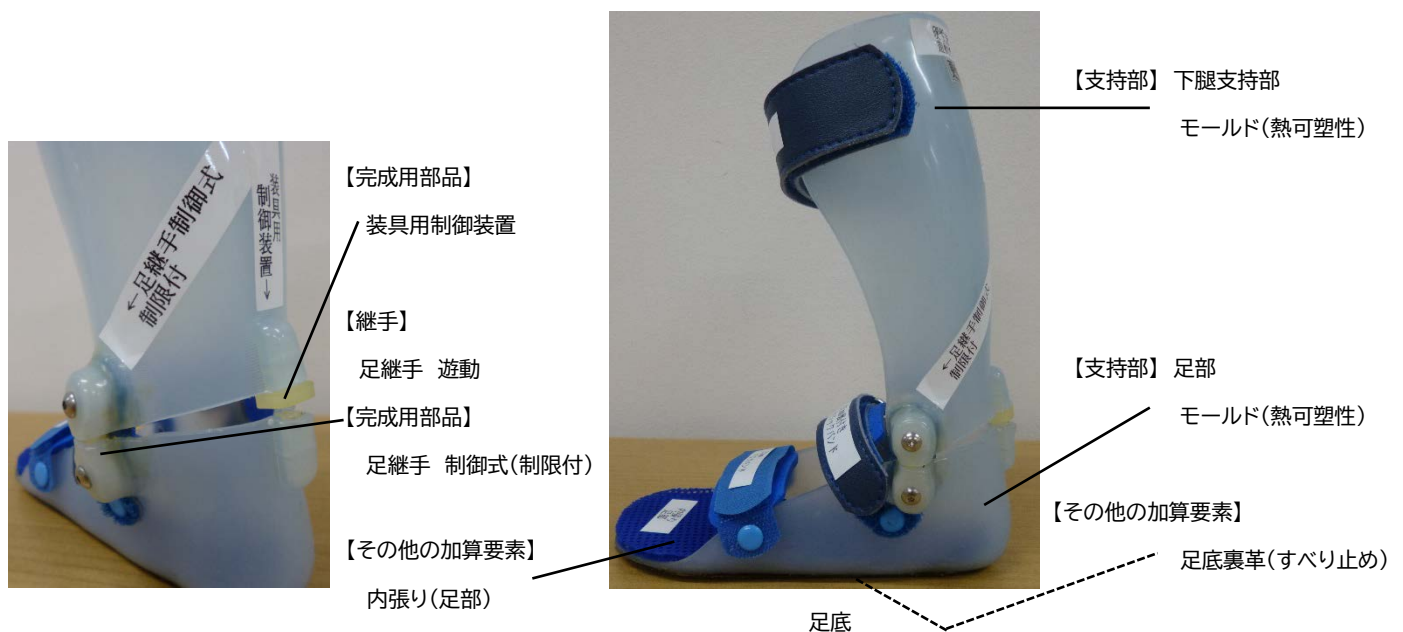
「足継手」 完成用部品を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「その他の加算要素」 完成用部品の装具用制御装置を用いる場合、それに対する伸展屈曲補助装置の加算はできません。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 ヒールの補正及び足底の補正を必要とする場合には記載願います。

※記載例の処方内容でできる短下肢装具(硬性支柱なし・タマラック継手型)の一例



【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

車椅子 (普通型オーダーメイド)

様式第3号の7-1

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏名	郡山 児何	男	女	生年月日	平成	〇年	〇月	〇日生	〇歳		
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇										
障がい名	両下肢の機能障害										
原因となった疾病・外傷名	脳性麻痺				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災						
	疾病・外傷発生年月日				出生時		疾病			先天性・その他()	
障がいの状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 ③ 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()									
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり ④ なし									
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 下肢の痙性麻痺で下肢筋力は概ね半減し、大腿四頭筋を中心に筋萎縮を認める。 立ち上がり時に膝折れが著明である。									
	歩行の状態	痙性麻痺で、歩行は屋内で20~30m程度である。 しばしば膝折れがあって転倒するので、監視と介助が必要な状況である。									
	座位	① 自力にて可 (30 時間 ⑤分) 2 背部支持があると可 (時間・分) 3 不可									
	立位保持	1 自力にて可 (時間・分) ② 支持があると可 (10 時間 ③分) 3 不可									
	立ち上がる	1 自力にて可 ② 介助があると可 3 不可									
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 ROM, MMTとも正常レベル。変形なし。 巧緻動作の制限があるのみ。									
	褥瘡の有無	1 あり 2 現在は無いが過去にできたことあり ③ 過去・現在ともなし									
	臀部の状態	① 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり									
操作能力等	車椅子の操作	① 自力にて可 2 幸うじて自力にて可 3 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 }									
	車椅子への移乗	① 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助									
	知的能力等	1 正常 ② 知能低下等あり (軽度) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
必要とする車椅子仕様	型式	<input checked="" type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 ※ リフト式の使用で車椅子乗降が自力で可能となる者 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 ※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等により、前方大車輪型が適当な場合あり <input type="checkbox"/> 片手駆動型 ※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があ <input type="checkbox"/> レバー駆動型 ※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上 <input type="checkbox"/> 手押し型 1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小									
	仕様	<input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため									
		<input type="checkbox"/> ティルト式 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って、自立姿勢変換が困難な者等									
		<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input checked="" type="checkbox"/> 障がいの身体状況に個別に対応することが必要のため									
			<input type="checkbox"/> レディメイド ※ JIS規格の既製品で対応可能な者								
	使用効果見込	自走の機会が増えれば、屋内への閉じこもり状態が改善する見込みである。									

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが、耐久性に欠ける状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」 部位毎の関節可動域、筋力、変形の状態を詳しく記入して下さい。

「歩行の状態」 自力歩行が可能か、装具・杖等を使えば歩行出来るか、介助を受ければ少しは歩けるか、立位のみ可能か、歩行不能か等、具体的にイメージ出来るように記入して下さい。

「座位」 [1 自力で可 2 背部支持があると可 3 不可]のいずれかに○をつけ、1、2については、座位可能時間を記入して下さい。

「立位保持」 [1 自力で可 2 支持があると可 3 不可]のいずれかに○をつけ、1、2については、立位保持可能時間を記入して下さい。

「立ち上がる」 [1 自力で可 2 介助があると可 3 不可]のいずれかに○をつけて下さい。

「上肢機能」 関節可動域、筋力、変形の状態を記入して下さい。ハンドリム操作の可否を判定する際の参考にします。

「褥瘡の有無」 [1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし]のいずれかに○をつけて下さい。

「臀部の状態」 [1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり]のいずれかに○をつけて下さい。

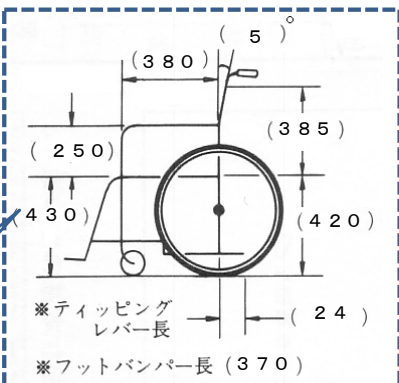
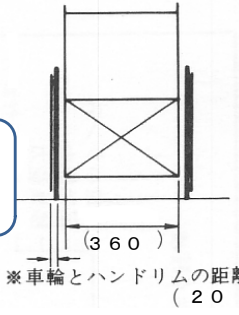
※ 「褥瘡の有無」「臀部の状態」の所見については、車椅子の仕様であるティルト機構や付属品のクッションの選択の際の参考にします。

【必要とする車椅子】

該当する車椅子の型式及び仕様にチェックを入れてください。

【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

処 方 内 容	
フレーム	1 シングルブレース ②ダブルブレース 【材 質】→ 鉄 <input checked="" type="checkbox"/> 軽合金 <input type="checkbox"/> ステンレス
駆 動 輪	【径】 20 22 ② インチ
キャスト	【径】 ⑤ 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート ③ 張り調整式 3 高さ調整式 ④ 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 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者
アームサポート	① 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
対象者例	※3・4 → 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 ※5・6 → 上肢の障がいがある者
レッグサポート	① 固定式 2 脱着式 ③ キャリパーブレーキ
対象者例	※2 → ① 足こぎが主な用途の場合 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	① 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整
ブレーキ	1 レバー式 ② トグル式 ③ キャリパーブレーキ 4
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したことを必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	① 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り ③ 滑り止めハンドリム(右・左・両)
対象者例	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付	<input checked="" type="checkbox"/> シートベルト ① 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他()
	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <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及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input checked="" type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input checked="" type="checkbox"/> クッション滑り止め
属	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input checked="" type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式)
	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
	<input type="checkbox"/> その他
品	<input type="checkbox"/> オーダーメイドを処方した場合は、寸法を記入して下さい。 
	<input type="checkbox"/> 
上記のとおり意見します。	
令和○年○月○日	身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。
医療機関名 ○○市立病院	身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。
所在地 ○○市○町○○ ○番	
診療科名 小児科	
作成医師氏名 ○○ ○○	
	(印)

【処方内容】

「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

「駆動輪」

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

「バックサポート」

- ・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場合に必要となります。
- ・張り調整式：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場合必要となります。
- ・高さ調整式：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・背折れ機構：自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

「アームサポート」

- ・高さ調整式：成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整式：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となります。
- ・高さ角度調整式：高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡幅：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

「レッグサポート」

- ・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式：膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポートを後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式：挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・開閉・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

【裏面に続きます】

「フットサポート」

- ・前後調整・角度調整・左右調整：成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要な場合があります。

「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ（キャリパーブレーキ、フットブレーキ）、延長用ブレーキアームの可否を処方して下さい。

- ・延長用ブレーキアーム：片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの可否を処方して下さい。

- ・滑り止めハンドリム：ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように滑り止めが必要になった場合に処方されます。

「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト：体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合
- ・クッション（特殊な空気室構造のもの）：感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション：背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション（骨盤・大腿部サポート）：座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー：失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル：上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は知的能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター：車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合
- ・幅止め：体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な者
- ・高さ調整式手押しハンドル：ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ：車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びやすくする場合。

- ・車軸位置調整：成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。

※ 選択肢にない付属品は、その他に☑を入れ、() 内に記入して下さい。

「車椅子の寸法」

() に数値 (cm) を記入してください。

記入に当たっては、製作者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印 (私印) してください。

車椅子 (リクライニング・ティルト式手押し型オーダーメイド)

様式第3号の7-1

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏名	田村 京都路	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成 〇年 〇月 〇日生	◎ 歳
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇				
障がい名	両下肢機能全廃 両上肢機能著しい障害				
原因となった 疾病・外傷名	ハンチントン舞蹈病		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 〇年 〇月 〇日		<input checked="" type="radio"/> 疾病・先天性・その他()		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 <input checked="" type="radio"/> 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり <input checked="" type="radio"/> 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 関節可動域の制限はなし。変形なし。下肢筋力MMT3以上であると推測されるが、不随意運動、指示理解不十分のため精査困難。車椅子上での座位保持は、床面を蹴る動作が多く見られ、後方への転倒リスクが高い。ブリッジ様に骨盤帯を前方に出す動作が多く、仙骨座りで過ごす時間が多い。			
	歩行の状態	立位で不随意運動の増強あり。後方より腋窩介助で歩行可能。最大20m程度可能。不随意運動による歩容の不安定さあり、持続した歩行は困難			
	座位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(時間・分) <input checked="" type="radio"/> 3 不可			
	立位保持	1 自力にて可(時間・分) 2 支持があると可(時間・分) <input checked="" type="radio"/> 3 不可			
	立ち上がる	1 自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 2 介助があると可 3 不可			
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 ROM制限なし。手指：スワンネック様の変形あり。上肢筋力はMMT3レベル。(精査困難) 視界に入るものに対するリーチ動作や周囲にある物を投げるような動作が多くみられる。 車椅子の自操は指示理解困難なため不可。			
	褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり <input checked="" type="radio"/> 3 過去・現在ともなし			
	臀部の状態	1 異常なし <input checked="" type="radio"/> 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり			
操 作 能 力 等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 3 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 }			
	車椅子への移乗	1 自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 2 一部介助にて可 3 全介助			
	知的能力等	1 正常 <input checked="" type="radio"/> 2 知能低下等あり(重度) → 安全走行に { 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり }			
必 要 と す る 車 椅 子 の 仕 様	<input type="checkbox"/> 普通型				
	<input type="checkbox"/> 手動リフト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者			
	<input type="checkbox"/> 前方大車輪型	※ 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			
	<input type="checkbox"/> 片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者			
	<input type="checkbox"/> レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者			
	<input checked="" type="checkbox"/> 手押し型	<input checked="" type="radio"/> 1 A(大車輪のあるもの) 2 B(小車輪だけのもの)			
仕 様	<input checked="" type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input checked="" type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため			
	<input checked="" type="checkbox"/> ティルト式	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って、自立姿勢変換が困難な者等			
	<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input checked="" type="checkbox"/> 障がいの身体状況に個別に対応することが必要なため			
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者			
使用効果見込	車椅子の使用により、介護者によるケアが容易になるとともに、本人の行動範囲が広がりがQOLが向上する。 裏面				
	補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。				

対象となる障がい

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが、耐久性に欠ける状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」 部位毎の関節可動域、筋力、変形の状態を詳しく記入して下さい。

「歩行の状態」 自力歩行が可能か、装具・杖等を使えば歩行出来るか、介助を受ければ少しは歩けるか、立位のみ可能か、歩行不能か等、具体的にイメージ出来るように記入して下さい。

「座位」 [1 自力で可 2 背部支持があると可 3 不可]のいずれかに○をつけ、1、2については、座位可能時間を記入して下さい。

「立位保持」 [1 自力で可 2 支持があると可 3 不可]のいずれかに○をつけ、1、2については、立位保持可能時間を記入して下さい。

「立ち上がる」 [1 自力で可 2 介助があると可 3 不可]のいずれかに○をつけて下さい。

「上肢機能」 関節可動域、筋力、変形の状態を記入して下さい。ハンドリム操作の可否を判定する際の参考にします。

「褥瘡の有無」 [1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし]のいずれかに○をつけて下さい。

「臀部の状態」 [1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり]のいずれかに○をつけて下さい。

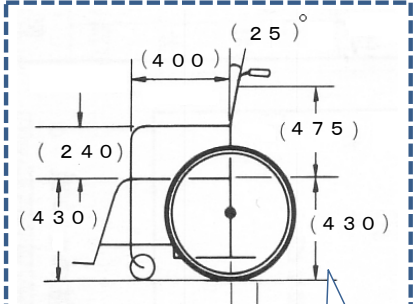
※ 「褥瘡の有無」「臀部の状態」の所見については、車椅子の仕様であるティルト機構や付属品のクッションの選択の際の参考にします。

【必要とする車椅子】

該当する車椅子の型式及び仕様にチェックを入れてください。

【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

処 方 内 容	
フレーム	① シングルブレース 2 ダブルブレース 【材質】→ 鉄 <input checked="" type="checkbox"/> 軽合金 <input type="checkbox"/> ステンレス
駆動輪	【径】 20 22 24 インチ <input checked="" type="checkbox"/> 16インチ
キャスター	【径】 <input checked="" type="checkbox"/> 5 6 7 インチ
バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート <input checked="" type="checkbox"/> 張り調整式 5 背座間角度調整 <input checked="" type="checkbox"/> ヘッドサポートベース(枕を含む)
対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクフオーブ、アリアド機筒のための必要とする者 ※4 → 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者
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 <input checked="" type="checkbox"/> 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)
対象者例	※3・4 → 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 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 <input checked="" type="checkbox"/> 開閉挙上式
対象者例	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要とする者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
フットサポート	<input checked="" type="checkbox"/> 調整無し 2 前後調整(右・左・両) 3 角度調整(右・左・両) 4 左右調整(右・左・両)
ブレーキ	1 レバー式 <input checked="" type="checkbox"/> トグル式 <input checked="" type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input checked="" type="checkbox"/> フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)
対象者例	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
付	<input checked="" type="checkbox"/> シートベルト 1 腰ベルト <input checked="" type="checkbox"/> 胸ベルト <input checked="" type="checkbox"/> 股ベルト 4 その他()
クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input checked="" type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input checked="" type="checkbox"/> クッション滑り止め
属	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 栄養パック反付用ガートル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 車載時固風用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
品	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスター付き折りたたみ式) <input checked="" type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input checked="" type="checkbox"/> 幅止め $\times 3$ <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他
	
<p>キャスター無か、キャスター付き折りたたみ式かを○で囲んで選択して下さい。</p> <p>幅止めの場合は、個数を併せて記入して下さい。</p> <p>オーダーメイドを処方した場合は、寸法を記入して下さい。</p>	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>令和△年○月○日</p> <p>医療機関名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総合病院</p> <p>所在地 ○○市△町○○ <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/></p> <p>診療科名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>科</p> <p>作成医師氏名 △△ ○○</p> <p>身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。</p> <p>身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。</p> <p>車輪とハンドリムの距離 ()</p> <p style="text-align: center;">(印)</p>	

※リクライニング・ティルト式手押し型の適用者について

基準上の要件：

リクライニング式：

次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。

ア 頸髄損傷者等で座位姿勢の持続により低血圧性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。

イ 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：

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。

具体例：

- リクライニングの機能だけでは、上肢機能や体幹機能の障がいにより、前方にずり落ちてしまうのを避けるために、ティルト機能により座位を安定させることが出来る。
- 長時間車椅子に座位することによって、股関節等に痛みを生じ、背もたれをリクライニングさせる必要があり、さらに、臀部に長時間体重がかかることによって褥瘡や発赤等のトラブルを避けるためにティルト機能により体圧分散させることが有効となる。

【処方内容】

「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

「駆動輪」

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

【裏面に続きます】

「バックサポート」

- ・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場合に必要となります。
- ・張り調整式：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場合必要となります。
- ・高さ調整式：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・背折れ機構：自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

「アームサポート」

- ・高さ調整式：成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整式：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となります。
- ・高さ角度調整式：高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡張：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

「レッグサポート」

- ・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式：膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポートを後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式：挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に必要となります。
- ・開閉・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

「フットサポート」

- ・前後調整・角度調整・左右調整：成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要な場合があります。

「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ（キャリパーブレーキ、フットブレーキ）、延長用ブレーキアームの要否を処方して下さい。

- ・延長用ブレーキアーム：片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの要否を処方して下さい。

- ・滑り止めハンドリム：ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように滑り止めが必要になった場合に処方されます。

「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト：体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合。
- ・クッション（特殊な空気室構造のもの）：感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション：背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション（骨盤・大腿部サポート）：座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー：失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル：上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は知的能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター：車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合
- ・幅止め：体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な者
- ・高さ調整式手押しハンドル：ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ：車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びやすくする場合。
- ・車軸位置調整：成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。

※ 選択肢にない付属品は、その他にを入れ、() 内に記入して下さい。

「車椅子の寸法」

() に数値 (cm) を記入してください。

記入に当たっては、製作者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印 (私印) してください。

座位保持装置 (車椅子構造フレーム)

様式第3号の6

補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

氏名	相馬 克也	(男)女	生年月日	昭和〇年〇月〇日生	◎歳
住所	相馬市〇×町〇丁目●番の〇				
障がい名	両下肢機能全廃 両上肢機能全廃				
原因となった 疾病・外傷名	脳性麻痺		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()		
	疾病・外傷発生前年月日	出生時			
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】 体幹右側側湾あり、可動性低下、筋力低下が著しく、座位保持不能			
	座位保持	1 不可 2 背部支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
	立位保持	1 不可 2 支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
	立ち上がる	1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 両下肢可動性、筋力ともに低下が著しく運動困難			
	歩行の状態	歩行不能			
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 両上肢機能の可動性、筋力低下著明にあり実用的な運動困難			
	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 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 }			
褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし				
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。				
使用効果見込	座位保持装置により坐位が安定し、誤嚥、呑気のリスクが軽減できる。				

裏面へ続く

対象となる障がい(車椅子構造フレームの場合)

下肢機能障がい、体幹機能障がい、平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能な状態、歩行可能だが耐久性に欠ける状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。
また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」 該当する項目を○で囲んでください。

「体幹機能」

現在の体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の記入状態等を記入してください。

「座位保持」「立位保持」「立ち上がる」について、該当する状態を○で囲んでください。

「下肢機能」

現在の関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入してください。

「歩行の状態」

現在の歩行の状態、歩行の可否について記入してください。

「上肢機能」

現在の関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入してください。

「車椅子の操作」

車椅子の操作、車椅子への移乗について、該当する状態を○で囲んでください。

「褥瘡の有無」、「臀部の状態」

該当する状態を○で囲んでください。

【使用効果見込】

座位保持装置を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

処		方		内		容	
採型採寸区分 及び処方部位	採型	1 頭・頸部	2 上肢	3 体幹部	4 骨盤・大腿部		
	採寸	① 頭・頸部	② 上肢	③ 体幹部	④ 骨盤・大腿部	⑤ 脚・足部	
支 持 部	頭 部	① 頭部支え					
	上 肢	① 上肢支え 2 前腕・手部支え					
	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 ③ シート張り調節型					
	骨盤大腿部	① 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型					
	下 腿 部	1 下腿支え	足 部		1 足台		
支の 持連 部結	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部					
	遊 動	1 腰部 2 膝部 3 足部					
	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式					
構 造 フ レ ーム	使用材料	1 木材 2 金属 ③ 車椅子→(型式: ティルト式手押し型)					
	付 加 機 能	1 ティルト機構 3 昇降機構					
付 属 品	カットアウトテーブル	① 標準 2 表面クッション張り					
	上肢保持部品	1 アームレスト 2 肘パッド 3 縦型グリップ 4 横型グリップ					
	体幹保持部品	1 肩パッド 2 胸パッド 3 胸受けロール ④ 体幹パッド 5 腰部パッド					
	骨盤保持部品	① 骨盤パッド 2 臀部パッド					
	下肢保持部品	① 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド					
	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト ④ 胸ベルト ⑤ 骨盤ベルト 6 股ベルト 7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト					
	支持部カバー	① 頭部 ② 上肢 ③ 体幹部 ④ 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部 <input checked="" type="checkbox"/> 脱着式(×4)					
	内 張 り	1 アームレスト 2 テーブル					
	体圧分散補助素材	① 頭部 2 上肢 3 体幹部 ④ 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部					
	キャスター	1 標準 2 多機能キャスター					
そ の 他	1 介助用グリップ 2 ストッパー 3 高さ調整用台座						
調 整 機 構	高 さ 調 節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部支持部					
	前 後 調 節	1 頭部支持部 2 骨盤・大腿支持部 3 足部支持部					
	角 度 調 節	1 頭部支持部 2 テーブル					
	脱 着 機 構	1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームレスト 5 内転防止パッド					
	開 閉 機 構	1 アームレスト 2 足部支持部					
完 成 用 部 品	部 品 名						
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名				期間	か月
		理由					
<p>上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇〇日</p> <p>医療機関名 ◆◆病院 所在地 △△町〇字〇〇 □番地 診療科名 〇〇科 作成医師氏名 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>							

構造フレームの種類について○を付けてください。車椅子の場合は、その型式も記入してください。

座位保持装置の構造フレームが車椅子の場合には、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))」を記載していただく必要があります。

3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(電動車椅子フレーム処方用))」を記載していただく必要があります。

脱着式の場合はその数を記載してください。

身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。

身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。

【処方内容】

該当する項目を○で囲んでください。なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「採型採寸区分及び処方部位」

該当する区分及び処方部位を全て○で囲んでください。

「支持部」該当する項目をそれぞれ○で囲んでください。

- ・平面形状型・・・採寸により製作されるもので、平面を主体として構成された支持面を持ちます。
- ・モールド型・・・採型により製作されるもので、身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ちます。
- ・シート張り調節型…支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に対応するもの。支持部と組み合わせる構造フレームとして、「ティルト機構」及び「車椅子としての機能」を付加することができます。

「構造フレーム」

車椅子の場合は、その形式も記入してください。

また、車椅子である場合には、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))」を記載していただく必要があります。

「付属品」 必要な付属品全てを○で囲んでください。

支持部カバー 脱着式である場合には、「脱着式」にチェックを入れ、その数も記載してください。

「完成用部品」

使用する部品名を記入してください。

書ききれない場合は、別紙（任意様式）に記入してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

座位保持装置の構造フレームが車椅子の場合には、こちらの用紙も記載いただく必要があります。

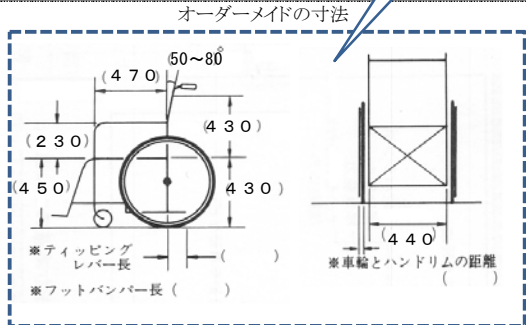
様式第3号の6の別紙

補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))

氏名

相馬 克也

処		方		内		容	
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 普通型					
		<input type="checkbox"/> 手動リフト式	※ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者				
		<input type="checkbox"/> 前方大車輪型	※ 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				
		<input type="checkbox"/> 片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者				
		<input type="checkbox"/> レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者				
		<input checked="" type="checkbox"/> 手押し型	① A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)				
仕様		<input checked="" type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input checked="" type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input checked="" type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため				
		<input checked="" type="checkbox"/> ティルト式	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って、自立姿勢変換が困難な者等				
		<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド	<input checked="" type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input checked="" type="checkbox"/> 障がいの身体状況に個別に対応することが必要なため				選択肢にない場合は、欄外に記入して下さい。
		<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者				
フレーム		1 シングルブレース 2 ダブルブレース	【材質】→ <input checked="" type="checkbox"/> 軽合金 <input type="checkbox"/> ステンレス				
駆動輪		【径】 20 22 24 インチ	① 16インチ				
キャスター		【径】 5 ⑥ 7 インチ					
バックサポート		1 固定式 ② 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 ⑤ 折り機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ)					
	対象者例	※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 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者					
アームサポート		1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 ⑤ 高さ調整式 5 角度調整式 ⑥ 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両)					
	対象者例	※3・4 → 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 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者					
レッグサポート		1 固定式 2 脱着式 ③ 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式					
	対象者例	※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者					
フットサポート		1 調整無し 2 前後調整(片・両) ③ 角度調整(片・両) ④ 左右調整(片・両)					
ブレーキ		1 レバー式 ② トグル式 ③ キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム					
	対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合					
ハンドリム		① 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)					
	対象者例	※2 → 上肢の筋力低下や手指の機能障がい等が著明で、標準のハンドリムの操作が難しい者 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。					
付	<input type="checkbox"/> シートベルト	1 腰ベルト ② 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他()					
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <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及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッションカバー <input checked="" type="checkbox"/> クッション滑り止め				オーダーメイドを処方した場合は、寸法を記入して下さい。
属	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 点滴ボール					
	<input type="checkbox"/> 栄養バッグ取付	<input type="checkbox"/> フォトル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台					
品	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置	① キャスター無し ② キャスター付き折りたたみ式					
	<input checked="" type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> 幅止め					
	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル					
<input checked="" type="checkbox"/> その他	座板						



【処方内容】構造フレーム(車椅子)の処方はこちらに記載してください。

「フレーム」

シングルブレースか、ダブルブレースかを選んで下さい。また、材質を選んで下さい。

「駆動輪」

駆動輪の径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

「キャスター」

キャスターの径の大きさを選んで下さい。選択肢にない場合は、余白に記入して下さい。

「バックサポート」

- ・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場合に必要となります。
- ・張り調整式：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場合必要となります。
- ・高さ調整式：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さの変更があり得る場合に必要となります。
- ・背折れ機構：自動車のトランクへの収納が頻繁にある場合等に必要となります。

「アームサポート」

- ・高さ調整式：成長期の児童等でアームサポートの高さの変更の必要がある場合や上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整式：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となります。
- ・高さ角度調整式：高さ調整式と角度調整式の両方の機能が必要な場合です。
- ・跳ね上げ式・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・拡幅：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちてしまう場合に必要となります。

「レッグサポート」

- ・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。
- ・挙上式：膝関節の屈曲制限がある場合やリクライニング式、ティルト式でバックサポートを後ろに傾けた時の下肢の姿勢の安定のために必要となります。
- ・開閉・挙上式：挙上式に掲げた場合に加え、開閉式については移乗動作時に必要となります。
- ・開閉・脱着式：移乗動作時に邪魔になる場合に必要となります。

【裏面に続きます】

「フットサポート」

- ・前後調整・角度調整・左右調整：成長期の児童や足関節の可動域制限がある場合に必要となります。また、下肢装具をつけたまま車椅子に乗車する場合に必要な場合があります。

「ブレーキ」

レバー式かトグル式かを選択して下さい。

また、介助者用ブレーキ（キャリパーブレーキ、フットブレーキ）、延長用ブレーキアームの可否を処方して下さい。

- ・延長用ブレーキアーム：片麻痺者の麻痺側のブレーキアームを健常側の手から操作しやすいように長くする必要がある場合等に必要となります。

「ハンドリム」

標準式かノブ付かを選択して下さい。また、滑り止めハンドリムの可否を処方して下さい。

- ・滑り止めハンドリム：ハンドリムを握って自操することが困難になり、こぎやすいように滑り止めが必要になった場合に処方されます。

「付属品」 ※ 以下は必要な場合の例です。

- ・シートベルト：体幹の支持性が低下し、座位が不安定な場合。
- ・クッション（特殊な空気室構造のもの）：感覚喪失などがあり、褥瘡予防等に他のクッションでは有効な効果が期待できない場合。
- ・背クッション：背部の褥瘡危険性がある者や軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合。
- ・特殊形状クッション（骨盤・大腿部サポート）：座位保持が困難で臀部・大腿形状に沿った形のクッションが必要な場合。
- ・クッションカバー：失禁が頻回等の理由から防水用クッションカバーを必要とする場合。
- ・テーブル：上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事を摂ることが難しい場合やその他、日常生活や職業上テーブルを必要とする場合。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は能力の低下等があるため必要とする場合。
- ・屋外用キャスター：車椅子で日常移動する道路等に段差や凹凸が多く、移動の際のショックを和らげる必要がある場合。
- ・幅止め：体重が重い方等でバックサポートパイプ等のたわみ防止に必要な場合。
- ・高さ調整式手押しハンドル：ティルト、リクライニング時に介助する場合や複数の介助者がいる場合。
- ・大車輪脱着ハブ：車載などの際、簡単に取り外せることで車椅子を小さく、また持ち運びやすくする場合。
- ・車軸位置調整：成長期の児童で車軸の位置の変更の必要がある場合や最初の一台目の車椅子の場合等で購入後に車軸位置の変更があり得る場合。

※ 選択肢にない付属品は、その他に☑を入れ、() 内に記入して下さい。

「車椅子の寸法」

() に数値 (cm) を記入してください。

記入に当たっては、製作者と打合せの上オーダーメイドの寸法を記入して下さい (レディメイドの場合は記入不要)。

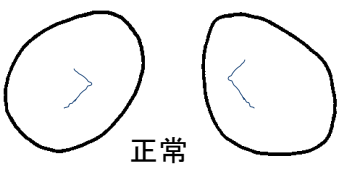
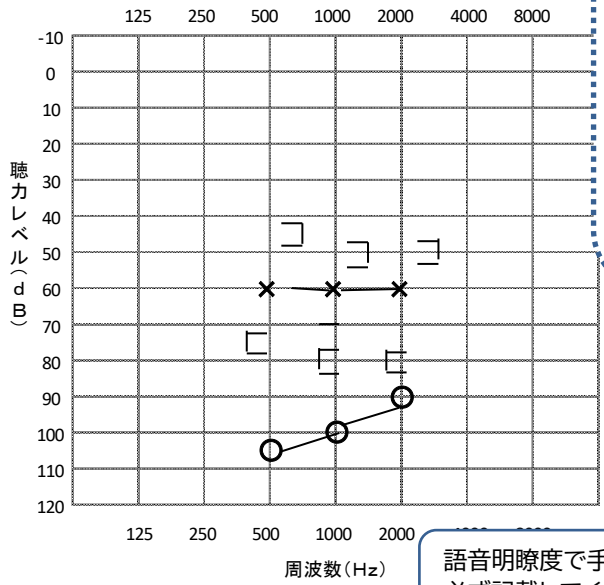
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印 (私印) してください。

補聴器 (片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名	二本松 菊次郎		(男) 女	生年月日	○年 ○月 ○日生	○歳
住所	〇〇町〇〇字〇〇 〇番地〇					
障がい名	両側混合性難聴					
原因となった 疾病・外傷名	加齢			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 △年 △月 △日			疾病・先天性・(その他)		
聴 覚 障 が い の 状 況	聴力	右 98.75dB	左 60.00dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法		
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴				
	鼓膜の状況	 <p style="text-align: center;">正常</p>				
	聴力検査結果	<p>【オーディオメーターの型式】 → リオンAA79-S</p>  <div style="float: right; border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>この聴力検査の結果から聴力を算出すると、</p> <p>右耳: $[105+(100 \times 2)+90] \div 4 = 98.75\text{dB}$</p> <p>左耳: $[60+(60 \times 2)+60] \div 4 = 60\text{dB}$</p> <p>記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p> </div> <p style="text-align: center;">周波数(Hz)</p>				
語音明瞭度	右 5%	左 40%	語音明瞭度で手帳を取得している場合は必ず記載してください。			
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】					
音声・言語機能障がいの状況	問題なし					

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

4分法：(500Hzの聴力 + (1000Hzの聴力 × 2) + 2000Hzの聴力) / 4

※スケールアウトの場合は「有効な値 + 5」を用いて算出し、結果に「以上」と表示してください。(例)500～2000Hz すべて 110dB でスケールアウト→聴力 115dB 以上

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「聴力検査の結果」 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 []」、左耳を「] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input checked="" type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 次の場合は、理由を記入する ①両耳装用を処方する場合	
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用	1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド) ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象
		<input type="checkbox"/> 重度難聴用	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象
		<input type="checkbox"/> 骨導式	1 ポケット型 2 眼鏡型 ※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者
付属品	<input checked="" type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部が不随症等により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> その他	
使用効果見込	装用により普通話声での日常会話が可能になる		

上記のとおり意見します。

令和□年 □月 □□日

医療機関名 ○○耳鼻咽喉科医院

所在地 ○○市○○町○○ ○-○-○

診療科名 耳鼻咽喉科

作成医師氏名 ○○ ○○

(印)

身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。

補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。

身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

- 「種類」
- ・ 高度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です
 - ・ 重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 以上の者が対象です
 - ・ ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択してください。

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

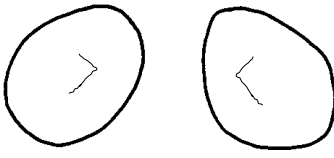
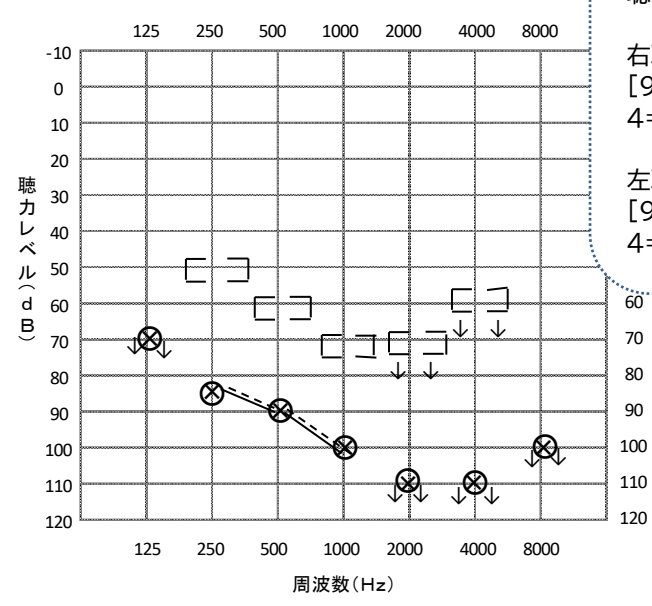
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (両耳装着)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名	大玉 五郎	男	女	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日生	○歳	
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇 〇〇アパート 〇号						
障がい名	聴覚障害						
原因となった 疾病・外傷名	先天性難聴			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・ <u>先天性</u> ・その他()			
聴 覚 障 が い の 状 況	聴力	右 103.75dB以上	左 103.75dB以上	会話音域の平均聴力レベル:4分法			
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 <u>感音性難聴</u> 3 混合性難聴					
	鼓膜の状況	 <p style="text-align: center;">穿孔なし</p>			聴力は4分法で算出してください。 スケールアウトしている場合、「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「以上」と表示してください。		
	聴力検査の結果	【オーディオメーターの型式】 → AA-H1			この聴力検査の結果から聴力を計算すると、 右耳: $[90+(105 \times 2)+115] \div 4 = 103.75\text{dB以上}$ 左耳: $[90+(105 \times 2)+115] \div 4 = 103.75\text{dB以上}$		
	 <p style="text-align: center;">周波数(Hz)</p>						
語音明瞭度	右 %	左 %	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。				
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】						
音声・言語機能障がいの状況	自分の声が全く聴こえない為、構音・発話が困難。 相手の口形や、音声を手掛かりに理解できる場合もあるが、言語は手話言語を必要としている。						

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

4分法：(500Hzの聴力 + (1000Hzの聴力 × 2) + 2000Hzの聴力) / 4

※スケールアウトの場合は「有効な値 + 5」を用いて算出し、結果に「以上」と表示してください。(例)500～2000Hz すべて 110dB でスケールアウト→聴力 115dB 以上

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「聴力検査の結果」 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 []」、左耳を「] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input checked="" type="checkbox"/> 両耳	
		次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合 先天性難聴であり、幼少期から両耳装用していた。 引き続き両耳装用が必要である。	
		<input type="checkbox"/> 高度難聴用	1 ポケット型 2 耳あな型 3 耳あな型FM型 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象
		<input checked="" type="checkbox"/> 重度難聴用	1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳かけ型FM型 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象
	種類	<input type="checkbox"/> 骨導式	1 ポケット型 2 眼鏡型 ※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者
	注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能		
	耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】 ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者	
	付属品	<input checked="" type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部の <input type="checkbox"/> その他 補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。
使用効果見込	補聴器を両耳装用することにより、大きな音の方向が分かり、危険が回避できる。また、相手の音声がかすかながら聞こえ、読話の助けになる。		
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日			
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名 〇〇耳鼻科 所在地 〇〇市〇〇字〇〇 〇番地 診療科名 耳鼻咽喉科 作成医師氏名 〇〇 〇〇	身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。 <input checked="" type="checkbox"/> 印

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」

補装具費支給制度上、同一種目の補装具は一つのみが原則であるため、両耳装用の場合には、その理由を具体的に記載願います。

なお、両耳装用は次のような場合に認められます。

- ①職場の環境上、音の方向を認識する必要がある場合(特に危険回避)
- ②学校教育上の理由
- ③幼少時より教育的配慮で両耳装用をしていた人が引き続き両耳装用を必要とする場合
- ④難聴の特性上片耳だけではどうしても補聴効果が得られない場合
→ ④の場合、片耳装用と両耳装用での補聴効果(聴力又は語音明瞭度)を検査し、その比較の結果から、補聴効果に有意な差が見られることが確認できれば認められます。

そのため、追加資料として、検査結果の添付を求めています。

「種類」 高度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です。

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です。

「付属品」 イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 音の方向性が分かり危険回避が可能になる

大声の聞き取りが可能になる

静かなところでの一対一の会話が可能になる 等

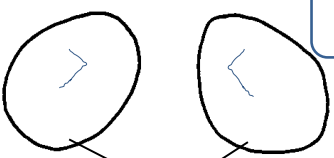
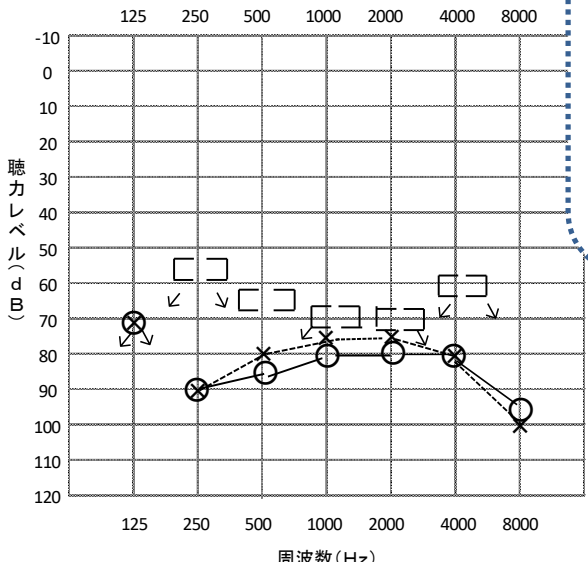
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (聴力の低い方の耳に片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名	白河 面麻	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	○歳
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇				
障がい名	聴覚障害				
原因となった疾病・外傷名	老人性難聴			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 □年 □月 □日			疾病・先天性 <input checked="" type="radio"/> (その他) (加齢)	
聴覚障がいの状況	聴力	右 81.3 dB	左 76.3 dB	会話音域の平均聴力レベル: 4分法	
	障がいの種類	1 伝音性難聴 <input checked="" type="radio"/> 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
	鼓膜の状況	 <p style="text-align: center;">正常</p>			
	オーディオメーターの型式	→ リオン AA-79			
	聴力検査の結果	 <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>この聴力検査の結果から聴力を算出すると、</p> <p>右耳: $[85 + (80 \times 2) + 80] \div 4 = 81.25\text{dB} (\approx 81.3\text{dB})$</p> <p>左耳: $[80 + (75 \times 2) + 75] \div 4 = 76.25\text{dB} (\approx 76.3\text{dB})$</p> <p>記入の仕方 気導: 右耳 ○ 左耳 × 骨導: 右耳 □ 左耳 □</p> </div>			
語音明瞭度	右 55 %	左 45 %	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。		
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】				
音声・言語機能障がいの状況	問題なし				

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

4分法： $(500\text{Hzの聴力} + (1000\text{Hzの聴力} \times 2) + 2000\text{Hzの聴力}) / 4$

※スケールアウトの場合は「有効な値+5」を用いて算出し、結果に「以上」と表示してください。(例)500～2000Hz すべて 110dB でスケールアウト→聴力 115dB 以上

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「聴力検査の結果」 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 []」、左耳を「] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input checked="" type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 次の場合は、理由を記入する ①両耳装用を処方する場合		平均聴力レベルが右81.3dB、左76.3dBなので、聴力のよい左耳装用が一般的。 なぜ聴力の悪い右耳に装用するのがよいのかの理由をここに記載してください。
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象		1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド)
補聴器	種類	<input type="checkbox"/> 重度難聴用 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象		1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型
	種類	<input type="checkbox"/> 骨導式 ※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者		1 ポケット型 2 眼鏡型 注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能
補聴器	付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド 処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部の <input type="checkbox"/> その他	補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。
使用効果見込	普通話声での会話が可能になる			
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日				
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名 〇〇耳鼻咽喉科医院 所在地 〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇 診療科名 耳鼻咽喉科 作成医師氏名 〇〇 〇〇	身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。 印	

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

比較的聴力の悪い方の耳に装用を処方する場合は、その理由を具体的に記載してください。

【例】

- 聴力の良い方が中軽度の難聴の場合
- 左右の耳の語音明瞭度の比較
- 本人の慣れ、効き耳など

「種類」 高度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

「付属品」 イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

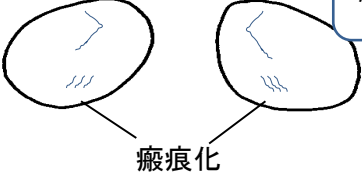
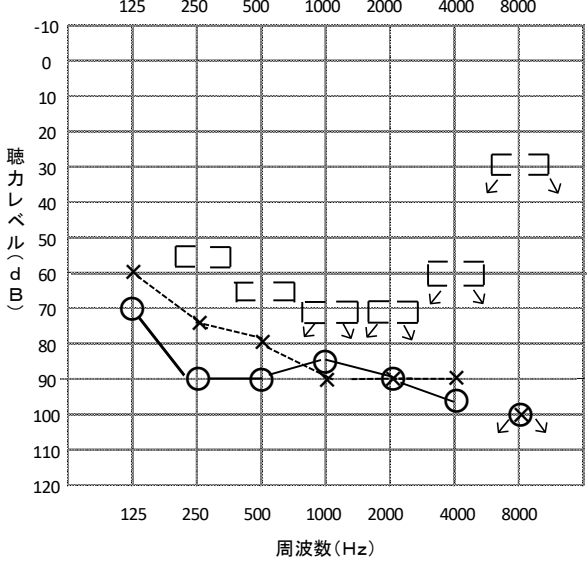
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (耳あな型)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名	鮫川 鮎子	男(女)	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	△歳
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇				
障がい名	聴覚障害				
原因となった疾病・外傷名	不詳		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 不詳年 月 日		疾病・先天性・(その他) 不明)		
聴覚障がいの状況	聴力	右 87.5 dB	左 87.5 dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法	
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
	鼓膜の状況				
	聴力検査の結果	【オーディオメーターの型式】 → RION AA-79		<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px;"> <p>この聴力検査の結果から聴力を算出すると、</p> <p>右耳: $[90+(85 \times 2)+90] \div 4 = 87.5\text{dB}$</p> <p>左耳: $[80+(90 \times 2)+90] \div 4 = 87.5\text{dB}$</p> <p>記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p> </div>	
					
	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>耳あな型が必要な理由を記載します。 耳あな型が望ましいなどではなく、耳あな型以外(耳掛け型やポケット型)では対応出来ない理由を具体的に記載して下さい。</p> </div>				
その他の所見	<p>【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】</p> <p>耳介後部に皮膚炎症が生じやすく、掻痒感が強く、耳掛け型使用が難しいため、耳あな型を処方する。</p>				
音声・言語機能障がいの状況	問題なし				

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

4分法：(500Hzの聴力 + (1000Hzの聴力 × 2) + 2000Hzの聴力) / 4

※スケールアウトの場合は「有効な値 + 5」を用いて算出し、結果に「以上」と表示してください。(例)500～2000Hzすべて110dBでスケールアウト→聴力115dB 以上

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

「聴力検査の結果」 気導聴力は右耳を「○」、左耳を「×」で、骨導聴力は右耳を「 []」、左耳を「] 」で記載してください。

「語音明瞭度」 身体障害者手帳を語音明瞭度で取得している場合には必ず記載してください。

「その他の所見」 耳あな型や骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入してください。

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input checked="" type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳	
		次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合	
	高度難聴用	<input checked="" type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) ④ 耳あな型(オーダーメイド)
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象	
	重度難聴用	<input type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象	
骨導式	<input type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 眼鏡型	
	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者		
	注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能		
耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】 ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者		
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより音質がわる <input type="checkbox"/> 頭部の形状により耳かけ型が使用できない <input type="checkbox"/> その他	
使用効果見込	補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。 仕事上、会話を理解し得る		
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日 医療機関名 〇〇耳鼻科 所在地 〇〇市〇〇字〇〇 〇番地 診療科名 耳鼻咽喉科 作成医師氏名 〇〇 〇〇			
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。 <div style="text-align: right;">(印)</div>	

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

「種類」 高度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です
重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

※ 「耳あな型」の対象者は、

- ① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者
- ② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者

で、ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な場合となっています。
職業上の理由の具体例は以下の通りです。

- ・ 自動車整備工などで、いろいろな体勢を余儀なくされ、耳かけ型では落ちやすく仕事の邪魔になる。
- ・ 土木作業、大工などで、ヘルメットを被るため耳かけ型では邪魔になる。
- ・ ガスの配送・補充業務で、作業場所が湿気が多く汗をかきやすく、屋外の作業で雨に濡れることもある。耳かけ型では、湿気や水滴が直接機器に当たるため故障しやすい（耳あな型は、耳あなの中に機器が入っているため、それらからの影響を受けにくい）。
- ・ 剣道を教えており、防具を被るのに、耳かけ型では邪魔になる。

（「補装具の手引き」より）

「付属品」イヤモールドが必要な場合には、該当する処方理由にチェックしてください。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

重度障害者用意思伝達装置

様式第3号の11

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏名	伊達 正男		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	○歳	
住所	〇〇市〇〇町〇〇 □番地□						
障がい名	両上下肢機能全廃、言語機能喪失						
原因となった疾病・外傷名	筋萎縮性側索硬化症			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生年月日		△年 △月 △日		<input checked="" type="radio"/> 疾病 <input type="radio"/> 先天性・その他()		
障がいの状況	身体状況	上肢機能	運動機能全廃				
		下肢機能	運動機能全廃				
	人工呼吸器装着		<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし		経管栄養・胃ろう造設		<input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし
	意思伝達の状況	音声機能	1 可能 2 なんとか可能 <input checked="" type="radio"/> 3 不可能		気管切開により発声不可能		
		言語機能	1 可能 2 なんとか可能 <input checked="" type="radio"/> 3 不可能		気管切開により発語不可能		
その他							
意思伝達装置の操作性	操作能力(知的能力等)	療育手帳の所持	1 あり (A・B) <input checked="" type="radio"/> 2 なし		知的能力の低下なし		
	操作上利用可能な身体能力	眼球、眼瞼のみ		操作上利用可能な身体能力を全て記載してください。			
	操作意欲	意欲あり					
意思伝達装置の必要性(使用効果見込)	<input checked="" type="radio"/> 1 意思伝達装置でなくても良い(他で代用可能) <input type="radio"/> 2 意思伝達装置が望ましい場合がある <input type="radio"/> 3 意思伝達装置が望ましい <input checked="" type="radio"/> 4 意思伝達装置でなければならない			(詳しい状況) 現状、透明文字盤で家族と意思のやりとりを行っているが、限界がある。四肢機能は全廃、気管切開のため発声も不能であるため、装置の使用が必須である。			
<input type="checkbox"/> 借受け(本体)	部品名	必要な入力装置の種類にチェックを入れてください。 ※支給できる入力装置は操作上利用可能な身体状況によります。				月	
必要とする装置		入力装置		スイッチ)の種類			
<input checked="" type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込)	<input checked="" type="checkbox"/> 固定台 (自立スタンド式) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具	<input type="checkbox"/> 接点式	<input type="checkbox"/> 筋電式	<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"/> 固定台 (アーム式又はテーブル置き式)	<input checked="" type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置	<input type="checkbox"/> 光電式	<input type="checkbox"/> 呼吸式(吸気式)	<input type="checkbox"/> 圧電素子式	<input checked="" type="checkbox"/> 視線検出式		
上記のとおり意見します。		令和 ○年 ○月 ○日		身体障害者福祉法第15条指定医師の記名・押印が必要です。 <input type="checkbox"/> 印			
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名	◆◆総合病院				
		所在地	〇〇市◆◆町〇〇 □番地				
		診療科名	神経内科				
		作成医師氏名	〇〇 〇〇				

対象となる障がい

両上下肢機能障害 及び 音声・言語機能障がい

障がいの状態

重度の両上下肢及び音声・言語機能障がいによりコミュニケーションを図ることができない者

(難病患者等については、音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患である者)

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】 障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】 障がいの内容について全ての項目を記載してください。

「意思伝達の状況」 「2 なんとか可能」及び「3 不可能」である場合には、原因を具体的に記入してください。

【意思伝達装置の操作性】

「操作上利用可能な身体能力」 操作可能である身体の部位を全て記載してください。

(例) 右手親指、両下肢、左足部、眼球 等

【意思伝達装置の必要性(使用効果見込み)】

該当する項目に○をつけ、必要性や現在の状況などを具体的に記載してください。

【必要とする装置】

該当する項目すべてにチェックを入れてください。

【入力装置(スイッチ)の種類】 必要な入力装置にチェックを入れてください。

四肢の機能が残っている段階では上肢などで直接スイッチを押下する接点式、四肢機能が減退してきたらより筋力を使わなくても反応する帯電式や圧電素子式等、直接身体に触れる入力装置では反応させることが不可能になった場合には視線検出式が適応となります。

そのため、視線検出式は、他の入力装置を試した結果、障がい状況の進行等により、それらでは対応が不可能ということを確認できた場合に支給対象となります。

【記名・押印】 身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

眼鏡（矯正用・遮光の機能が必要）

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名	会津 美里		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	○年 ○月 ○日生	○○ 歳			
住所	○○市○○○町								
障がい名	両眼 視力障害・視野障害								
原因となった 疾病・外傷名	緑内障			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災					
	疾病・外傷発生日 H○年 ○月 △日			<input checked="" type="radio"/> 疾病・先天性・その他()					
障がいの 状況	視力	裸眼	矯正						
		右	0.01 (0.02 × -2.50 D Cyl -2.00 D Ax 90						
	左	0 (n.c × D Cyl D Ax							
現症		右			左				
	外眼	異常なし		眼球癆					
	中間透光体	眼内レンズ		透見不能					
	眼底	視神経乳頭陥凹		透見不能					
その他の所見	所見なし								
必要とする 補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド							
	眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> ① 矯正用 <input checked="" type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者							
処方 内容	<input checked="" type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい	
	<input type="checkbox"/> 近用	右	-2.50D	-1.50D	90°				61.0mm
		左	0 D	D	°				屋内用 東海光学 CCP400SC
使 効果見込	度数を入れることで見え方が向上する。また、羞明感の軽減により、見え方が改善するため遮光眼鏡は有効である。						使用することにより症状がどのように改善されるか記載して下さい。		
上記のとおり意見します。							○年 ○月 ○日	身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認して下さい。	
遠用・近用の二具の場合は、意見書を2枚に分けて記載して下さい。							医療機関名	○○ 病院	
							所在地	○○市 ○○町 ○○	
							診療科名	眼科	
							作成医師氏名	○○ ○ ○ ○	
							身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。		
							(印)		

対象となる障がい・障がいの状態

矯正眼鏡をかけることにより視力が改善できると見込まれる方で、

- 視力障害（1級～6級）の手帳を所持している
- 手帳は所持していないが、難病で手帳に該当するレベルの視力障害がある

併せて羞明感があり、遮光をつけることで見え方が改善できると見込まれる場合は遮光の機能をつけることができる。

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。
また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」

【記入例】

外眼：正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体：正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に☑を入れて下さい。

【処方内容】

遠用・近用の二具を申請する場合は、意見書を2枚（遠用分・近用分）に分けて下さい。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

眼鏡 (遮光用・かけめがね式)

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名	下郷 葱之丞		(男)女	生年月日	〇年 〇月 〇日生	〇〇 歳		
住所	〇〇市〇〇〇町							
障がい名	両眼 視力障害・視覚障害							
原因となった疾病・外傷名	網膜色素変性症			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	疾病・外傷発生年月日 〇年 〇月 〇日			疾病・先天性・その他()				
障がいの状況	視力	裸眼	矯正					
		右	0.03 (0.04 × +2.00 D Cyl -2.00 D Ax 125)					
	左	0.08 (n.c × D Cyl D Ax)						
現症		右	左					
	外眼	異常なし		異常なし				
	中間透光体	人工水晶体		人工水晶体				
	眼底	網膜色素変性		網膜色素変性				
その他の所見	所見なし							
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド						
	眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 ② 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input checked="" type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者						
処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 遮光が必要な場合、レンズを指定して下さい。
	<input type="checkbox"/> 近用							
	右	0 D	記載する必要はありません。				64.0mm	
左	0 D						屋内用 東海光学 CCP400 AC	
使用効果見込	羞明感の軽減により、見え方が改善する。						使用することにより症状がどのように改善されるか記載して下さい。	
上記のとおり意見します。		〇年 〇月 〇日		身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認して下さい。				
医療機関名		〇〇 病院		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。				
所在地		〇〇市 〇〇町 〇〇						
診療科名		眼科						
作成医師氏名		〇 〇 〇 〇		(印)				

対象となる障がい・障がいの状態

羞明感があり、遮光眼鏡をかけることにより見え方が改善できると見込まれる方で、

- 視力障害（1級～6級）の手帳を所持しているが矯正の必要がない

（オーバーグラス等）

- 視野障害（2級～5級）の手帳を所持している

- 手帳は所持していないが、難病（視覚障害）に該当している

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

障がいの原因となった疾病・外傷名を記入し、その発生年月日を記入してください。

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」

【記入例】

外眼：正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体：正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に☑を入れて下さい。

【処方内容】

指示事項欄に屋外用・屋内用それぞれのレンズの種類を記載してください。

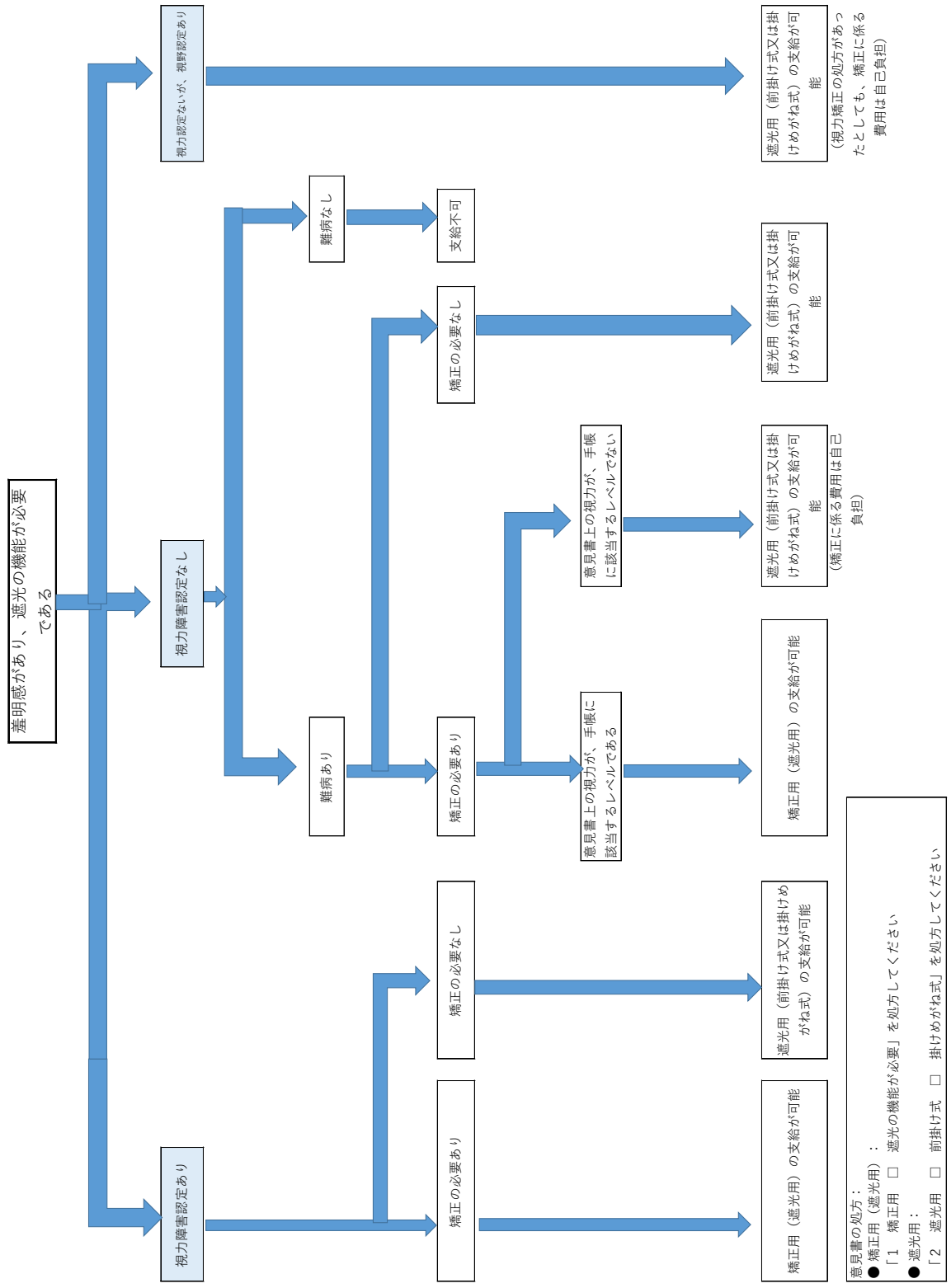
【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

(参考) 眼鏡支給フローチャート



補装具費支給要否意見書の作成に関するQ&A

No.	Q	A
1	<p>身体障害者福祉法第15条の指定医師になるにはどうしたらよいか。</p>	<p>指定医師になるには、窓口である、勤務する医療機関を管轄する保健福祉事務所に必要書類を提出する必要があります。 手続きの詳細は、お近くの保健福祉事務所にお問い合わせください。</p> <p>なお、中核市(福島市、郡山市、いわき市)は、身体障害者手帳の交付及び指定医師の登録を独自で行っているため、手続きについては各市の障がい福祉担当課にお問い合わせ願います。</p>
2	<p>身体障害者手帳を持っていない方から、意見書の作成を依頼された。意見書を作成してよいか。</p>	<p>身体障害者手帳を所持していることが補装具費支給の前提です。 手帳が交付されてから意見書を作成するようお願いいたします。</p> <p>また、手帳が交付されていても、希望する補装具に関する区分の障害が認定されていない場合は、手帳の程度変更(障害追加)が必要です。 (例:手帳は心臓機能障害のみ、欲しい補装具は補聴器 など)</p> <p>なお、障害者総合支援法の指定難病による補装具の申請である場合には、手帳の所持は必須ではありません。</p>
3	<p>作成してから1年経った意見書は有効か。</p>	<p>申請者の身体状況等の変化が考えられるため、補装具費の判定はおおむね3か月以内の意見書で行います。</p> <p>3か月を過ぎた意見書である場合には、内容について現状と変わらないかを再度確認いただく必要があります。</p> <p>その際、意見書作成年月日には、再確認した日付を追記いただくようお願いします。</p>
4	<p>意見書様式のデータが欲しい。</p>	<p>当センターホームページにExcel形式及びPDF形式を掲載しています。 ダウンロードしてご利用ください。 なお、最新版の様式を使用させていただくようお願いいたします。</p> <p>※掲載場所への行き方 ①当センタートップページの右サイドバーにある『申請・手続き』の『補装具費支給関係様式集』をクリック ②当センタートップページ>身体障がい者福祉課のページ>補装具についてのページ>3判定方法について(2)書類判定の「意見書の様式はこちら」をクリック</p>

補装具費要否判定・判断の基準や、補装具の基礎知識につきましては、当センター発行の「補装具の手引き」もご覧ください。

当センターホームページに最新版を掲載しています。

掲載場所:障がい者総合福祉センター>身体障がい者福祉課

>補装具についてのページ>5 補装具の手引き



発行：令和3年2月

発行者：福島県障がい者総合福祉センター

住所：〒960-8670

福島県福島市杉妻町2番16号 福島県庁北庁舎1階

電話番号：024-521-2824（身体障がい者福祉課）

ファクシミリ：024-521-2873

ホームページ：<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21700a/>

メールアドレス：syougaisenta-@pref.fukushima.lg.jp