

## 福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領

福島県障がい者総合福祉センター

### 1 目的

身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者及び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第1条に規定する特殊な疾病に該当する難病患者等に対する補装具費の支給に係る判定事務については、補装具費支給事務取扱指針（平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。）に定めるもののほか、この要領に定めるところによることとし、補装具費判定事務の適正化及び迅速化に資することを目的とする。

### 2 要否判定の区分

(1) 福島県障がい者総合福祉センター（以下「センター」という。）の判定を必要とする補装具

#### ア 新規支給

義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子（普通型）、電動車椅子（簡易型）及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給

#### イ 再支給

- (7) 骨格構造義肢、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）に係るすべての再支給
- (4) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障害者意思伝達装置に係る医学的所見を必要とする再支給（ただし、車椅子（オーダーメイド）については、別表1「車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表」（以下「別表1」という。）において、「区分1」に掲げるものに限る。）

なお、医学的所見を必要とする再支給とは、再支給にあたって障がい状況の変化等に伴い医師の診察を必要とする場合又は処方内容の変更を希望する場合をいう。

#### ウ 修理

上記アに掲げる補装具に係る医学的所見を必要とする修理（ただし、車椅子（オーダーメイド）及び電動車椅子（簡易型）の車椅子本体部分に係る修理については、別表1において、「区分1」に掲げるものに限る。）

なお、医学的所見を必要とする修理とは、修理にあたって障がい状況の変化等に伴い医師

の診察を必要とする場合又は修理により補装具の名称が支給時と異なるものになる場合等という。

(2) センターの判定を必要としない補装具

ア 市町村が、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医その他の医師（（指針第2の2の（1）の①のイに定める医師並びに指針第2の2の（1）の③に定める保健所の医師又は難病法第6条第1項に規定する指定医。以下「指定医等」という。）が作成した補装具費支給要否意見書（以下「意見書」という。）で判断できる補装具

(7) 義眼、眼鏡及び歩行器に係る新規支給、再支給又は修理（いずれも医学的所見を必要とするものに限る。）

ただし、同一種目につき、2個分を同時に支給する場合又は2個目の支給をする場合は、センターの判定を必要とする。

(i) 車椅子（オーダーメイド）に係る医学的所見を必要とする再支給又は修理（ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。）

(ii) 電動車椅子（簡易型）の車椅子本体部分に係る医学的所見を必要とする修理（ただし、別表1において「区分2」に掲げるものに限る。）

(iii) 車椅子（手押し型以外のレディメイド）に係る新規支給及び医学的所見を必要とする再支給又は修理（別表1において「区分1」及び「区分2」に掲げるものとする。）

イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具

(7) 視覚障害者安全つえ、車椅子（手押し型のレディメイド）歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理

(i) 殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド）、歩行器、義眼、眼鏡、補聴器及び重度障害者用意思伝達装置に係る医学的所見を必要としない再支給（車椅子については、別表1において、「区分3」に掲げるものとする。）

(ii) すべての補装具に係る医学的所見を必要としない修理（人工内耳に係る人工内耳用音声信号処理装置修理を含む）

3 要否判定・判断の方法

(1) センターが行う要否判定

センターの判定を必要とする補装具については、来所若しくは巡回相談会における判定（以下「相談会判定」という。）又は意見書による判定（以下「書類判定」という。）を行うが、

その実施区分は次のとおりとする。

ア 相談会判定のみ行う補装具

骨格構造義肢、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）（電動車椅子については、イに掲げる場合を除く。）

イ 原則として相談会判定を行うが、相談会に出席できないやむを得ない事由がある場合に書類判定を行う補装具

殻構造義肢、装具、座位保持装置、車椅子（オーダーメイド）、電動車椅子（普通型）及び電動車椅子（簡易型）（電動車椅子については、修理不能となったことのみで、同じ型式の電動車椅子について再支給する場合に限る。）及び重度障害者用意思伝達装置（必要に応じて実態調査を行う。）

ウ 原則として書類判定を行うが、申請者が希望する場合に相談会判定を行う補装具  
補聴器

(2) 市町村が行う要否判断

ア 上記2の(2)の(ア)に規定する補装具については、意見書により要否を判断すること。（(ア)のただし書きの場合を除く。）

なお、市町村において判断が困難な場合又は申請者が相談会判定を希望する場合は、センターに相談すること。

イ 上記2の(2)の(イ)に規定する補装具については、申請者の障がい程度や生活状況を確認のうえ要否の判断を行うこと。

#### 4 判定依頼

(1) 手続

市町村は、センターの判定を必要とする補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書（様式第1号）に見積書（写）を添付し、かつ、次の書類を必要に応じ添付してセンター所長に提出すること。

なお、相談会判定の依頼は、相談会開催日の10日前までに行うこと。

ア 意見書

イ 補装具費支給に係る借受けに関する調査書（様式第2号の1）

ウ 車椅子等調査書（様式第2号の2）

エ 車椅子の寸法表（相談会判定のオーダーメイドの場合に限り、電動車椅子（簡易型）の本

体車椅子を含む。様式は任意。)

オ 車椅子等支給に係る介護保険調査書 (様式第 2 号の 3)

カ 重度障害者用意思伝達装置調査書 (様式第 2 号の 4)

キ 特例補装具費支給申請理由書 (様式第 6 号)

ク 診断書 (様式第 8 号)

## (2) 意見書の様式

意見書は次の補装具ごとに作成するものとし、その様式は別紙のとおりとする。

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| ア 殻構造義手            | (様式第 3 号の 1)   |
| イ 殻構造義足            | (様式第 3 号の 2)   |
| ウ 下肢装具・靴型装具・歩行器    | (様式第 3 号の 3)   |
| エ 上肢装具             | (様式第 3 号の 4)   |
| オ 体幹装具             | (様式第 3 号の 5)   |
| カ 座位保持装置           | (様式第 3 号の 6)   |
| キ 車椅子              | (様式第 3 号の 7-1) |
| ク 車椅子 (心臓機能障がい者用)  | (様式第 3 号の 7-2) |
| ケ 車椅子 (呼吸器機能障がい者用) | (様式第 3 号の 7-3) |
| コ 車椅子 (平衡機能障がい者用)  | (様式第 3 号の 7-4) |
| サ 電動車椅子            | (様式第 3 号の 8-1) |
| シ 電動車椅子 (簡易型)      | (様式第 3 号の 8-2) |
| ス 補聴器              | (様式第 3 号の 9)   |
| セ 義眼・眼鏡            | (様式第 3 号の 10)  |
| ソ 重度障害者用意思伝達装置     | (様式第 3 号の 11)  |

## 5 判定・判断基準

要否の判定又は判断を適正かつ公平に行うため、補装具の判定・判断基準を別表 2 のとおり定める。

## 6 判定書の交付

市町村より判定依頼を受けた場合センターは、要否判定の結果を判定書 (様式第 4 号) により市町村に通知する。

## 7 検収

センターの判定に基づき製作し、又は修理した補装具の検収は、補装具製作者（以下「業者」という。）が申請者に補装具を引渡す前に、当該補装具が判定のとおり製作されているか、次により確認する。

### (1) 検収を行う補装具

センターが判定した義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子（レディメイドを含む）

### (2) 検収の方法

原則としてセンター内で行うが、業者が相談会での検収を希望する場合は、相談会場での検収を認める。ただし、検収を希望する補装具が相談会判定を受けたものの場合、適合判定と同一日の検収は認めない。

## 8 適合判定・確認

製作し、又は修理した補装具の適合判定・確認は、次により行う。

### (1) センターの判定に基づき製作し、又は修理した補装具の適合判定

#### ア 適合判定を行う補装具

義肢、装具、座位保持装置、車椅子、電動車椅子（レディメイドを含む）及び重度障害者用意思伝達装置

#### イ 適合判定の方法

(ア) 相談会判定で製作し、又は修理した補装具は、センターの検収後に、来所又は巡回相談会において医師が判定を行う。

(イ) 書類判定で製作し、又は修理した補装具は、センターの検収後に、意見書を作成した指定医等が判定を行う。

なお、判定を行った指定医等は、判定結果を補装具適合判定意見書（様式第5号）（以下「適合意見書」という。）に記載し、センター所長に送付すること。

### (2) 市町村の要否判断に基づいて製作し、又は修理した補装具の適合の確認

#### ア 意見書を作成した指定医等が作成する適合意見書により確認する補装具

(ア) 意見書により要否判断を行って修理した電動車椅子（簡易型）

(イ) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子の再支給又は修理

イ 市町村担当者が現物を確認する補装具

(7) 意見書により要否判断を行って製作し、又は修理した車椅子（手押し型以外のレディメイド）、義眼、眼鏡及び歩行器

(8) 申請書等により判断して製作し、又は修理した補装具

## 9 特例補装具（指針第2の1の(2)に規定する補装具）

### (1) 判定依頼の手続

市町村は、特例補装具費支給の申請があったときは、判定依頼書に次の書類を添付してセンター所長に提出すること。

ア 特例補装具費支給申請理由書（様式第6号）

イ 補装具費支給要否意見書（相談会判定の場合は不要）

ウ 特例補装具の名称・形式等を判別できるカタログ・仕様書等

エ 特例補装具の価格を証する書類（見積書等）

### (2) 要否判定の方法

ア すべての特例補装具の新規支給、再支給又は医学的所見が必要な修理について、センターの判定を必要とする。

イ 判定方法は、3に準じる。

ウ センターは、申請者の障がいの状況その他真にやむを得ない事情の確認を行うため、必要に応じて、市町村担当者とともに実態調査を行う。

### (3) 検収及び適合判定

検収は7に、適合判定は8に準じて行う。

## 10 判定依頼の取下げ

市町村は、判定依頼した補装具について、申請者が申請を取り下げるなどの理由により判定を依頼する必要がなくなった場合、判定依頼取下げ書（補装具費）（様式7号）により、判定依頼の取下げを行うこと。

## 11 借受け費の判定等

借受け費の判定等については、指針に定めるもののほか、要領4、5、6及び10を準用し、以下により行う。

(1) 借受けの対象品目

- ア 座位保持装置の完成用部品
- イ 歩行器
- ウ 重度障害者用意思伝達装置（本体）
- エ 義肢の完成用部品
- オ 装具の完成用部品

(2) 要否判定等

- ア 歩行器については、意見書により市町村が要否の判断を行う。
- イ その他については、意見書又は相談会によりセンターが要否の判定を行う。
- ウ 借受けの期間は、原則1年以内とするが、やむを得ない事情がある場合は1年毎に再度判定を受け（歩行器にあつては市町村による判断）、最長3年程度まで更新することが出来る。

(3) 判定依頼等

市町村は、判定依頼書に、補装具費支給に係る借受けに関する調査書（様式第2号の1）を添付し、要領4に準じて判定依頼を行う。

附則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成26年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成28年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和2年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和6年1月1日から施行する。



(参考) 判定・判断区分

| 種 目                           | 判定区分                  |                    | 判定・判断機関及び方法        |               |  | 備 考  |   |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|---------------|--|--|---|
|                               | 区 分                   |                    | センター               | 市町村<br>(意見書等) | 市町村<br>(申請書等)  |  |   |
| 義肢(骨格)                        | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 | ◎                  |               |  |  |   |
|                               |                       | 再支給                | ◎                  |               |  |  |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする修理      | ◎                  |               |  |  |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない修理     |                    |               | ●  |  |   |
|                               | 適合判定(確認)              | ◎                  |                    | ●             |  |  |   |
| 義肢(殻)<br>装具<br>座位保持装置         | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 | ◎ ○                |               |  | 原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書                                      |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする再支給・修理  | ◎ ○                |               |  | 原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書                                      |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない再支給・修理 |                    |               | ●  |  |   |
|                               | 適合判定(確認)              | ◎ ○                |                    | ●             | 要否判定(判断)の方法に準ずる  |  |   |
| 車椅子                           | オーダー<br>メイド           | 要否判定<br>(判断)       | 新規                 | ◎ ○           |  | 原則…相談会 相談会に出席出来ない場合…意見書                                      |   |
|                               |                       |                    | 医学的所見を必要とする再支給・修理  | ◎ ○ ○         |  | 別表1の「区分1」…センター判定<br>「区分2」…市町村判断                              |   |
|                               |                       |                    | 医学的所見を必要としない再支給・修理 |               |  | ●  |   |
|                               |                       | 適合判定(確認)           | ◎ ○ ○              | ●             | 要否判定(判断)の方法に準ずる  |  |   |
|                               | 手押し型<br>以外・レ<br>ディメイド | 要否判定<br>(判断)       | 新規                 |               | ○  |  | 市町村において判断が困難な<br>場合又は申請者が相談会判定<br>を希望する場合は、センターに<br>相談すること。 |
|                               |                       |                    | 医学的所見を必要とする再支給・修理  |               | ○  |  | 別表1の「区分1」「区分2」  |
| 医学的所見を必要としない再支給・修理            |                       |                    |                    |               | ●  |  |   |
|                               | 適合判定(確認)              |                    | ●                  | ●             |  |  |   |
| 手押し<br>型・レ<br>ディメイド           | 要否判定<br>(判断)          | 新規・再支給・修理          |                    |               | ●  |  |   |
|                               |                       | 適合判定(確認)           |                    |               | ●  |  |   |
| 電動車椅子<br>(普通型)<br>(簡易型)       | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 | ◎                  |               |  |  |   |
|                               |                       | 再支給                | ◎ ○                |               |  | 修理不能となったことのみで、同じ型式のものを<br>再支給する場合は、書類判定可能                    |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする修理      | ◎ ○                | ○             |  | 別表1の「区分1」…センター判定<br>「区分2」…市町村判断                              |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない修理     |                    |               | ●  |  |   |
|                               | 適合判定(確認)              | ◎ ○                |                    | ●             | センターの適合判定を必要とするものは簡易型(車椅子<br>本体がオーダーメイド)の場合のみ。それ以外は市町村<br>による確認が必要 |  |   |
| 義眼<br>眼鏡<br>歩行器               | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 |                    | ○             |  | 市町村において判断が困難な場合<br>又は、申請者が相談会判定を希望<br>する場合は、センターに相談する<br>こと。 |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする再支給・修理  |                    | ○             |  | 2個支給の場合は、<br>センターの判定が<br>必要                                  |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない再支給・修理 |                    |               | ●  |  |   |
|                               | 適合判定(確認)              |                    | ●                  | ●             |  |  |   |
| 歩行補助つえ<br>視覚障害者安全<br>つえ       | 要否判定<br>(判断)          | 新規・再支給・修理          |                    |               | ●  |  |   |
|                               |                       | 適合判定(確認)           |                    |               | ●  |  |   |
| 補聴器                           | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 | ○ ◎                |               |  | 原則…意見書 申請者が希望する場合…相談会  |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする再支給・修理  | ○ ◎                |               |  | 原則…意見書<br>申請者が希望する場合<br>…相談会                                 |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない再支給・修理 |                    |               | ●  | 補装具費支給後に生じた理<br>由により追加する必要が生<br>じた場合のイヤモールドの<br>追加もこれに該当する   |   |
|                               | 適合判定(確認)              |                    |                    | ●             | センター判定の場合、センターは適合判定を行わない<br>が、市町村による確認は必要                          |  |   |
| 人工内耳<br>(人工内耳用音声信号処<br>理装置修理) | 要否判定<br>(判断)          | 修理                 |                    |               | ●  | 「補装具費支給事務取扱要領」様式2「人工内耳用音声<br>信号処理装置 確認票」等により判断               |   |
|                               |                       | 適合判定(確認)           |                    |               | ●  |  |   |
| 重度障害者用<br>意思伝達装置              | 要否判定<br>(判断)          | 新規                 | ◎ ○                |               |  | 原則…相談会(出席出来ない場合は訪問判定)<br>相談会に出席出来ない場合…意見書                    |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要とする再支給・修理  | ◎ ○                |               |  |  |   |
|                               |                       | 医学的所見を必要としない再支給・修理 |                    |               | ●  |  |   |
|                               |                       | 適合判定(確認)           | ◎ ○                |               | ●  | 要否判定・判断の方法に準ずる   |   |

凡例

- ◎ … 相談会判定(センターが来所又は巡回相談により要否判定又は適合判定を行う)
- … 書類判定(センター又は市町村が意見書により要否判定(判断)又は適合判定(確認)を行う)
- … 市町村が申請書等により要否判断又は出来上がり現物の確認を行う

## 判定依頼書（補装具費）

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

下記の者に対する判定を依頼します。  
記

|                          |   |   |       |                  |       |        |           |
|--------------------------|---|---|-------|------------------|-------|--------|-----------|
| (フリカ`ナ)                  |   |   |       | 男女               | 生年月日  | 年 月 日生 | 歳         |
| 氏 名                      |   |   |       |                  |       |        |           |
| 居 住 地                    |   |   |       |                  |       |        |           |
| 身体障害者手帳                  | 交 付 日<br>年 月 日  | 年 月 日   | 番号    | 都 道 府 県 第 号<br>市 |       |        |           |
|                          | 障がい名<br>又は疾病名   |   |       |                  |       |        | 障がい<br>等級 |
| 生活状況                     | 現 在 の 生活場所  | 1 在宅 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> その他 2 施設 (名称: _____) |       |                  |       |        |           |
|                          | 職 業   | 3 医療機関 (名称: _____) 退院予定: <input type="checkbox"/> 有 → 月 日頃 <input type="checkbox"/> 無                         |       |                  |       |        |           |
| 家族構成                     | 続 柄   |   |       |                  |       |        |           |
|                          | 年 齢   |   |       |                  |       |        |           |
|                          | 職 業   |   |       |                  |       |        |           |
| 補装具の支給歴<br>(他制度の場合は()書き) | 種目・名称   |   |       |                  |       |        |           |
|                          | 引渡日   | 年 月 日   | 年 月 日 | 年 月 日            | 年 月 日 | 年 月 日  | 年 月 日     |
| 判定依頼事項                   | 補装具名: [ _____ ] (借受けの有無) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>[支給区分] 1 新規 2 再支給 3 修理 <input type="checkbox"/> 2具目               |   |       |                  |       |        |           |
| 判 定 方 法                  | 1 書類判定 2 相談会判定 - <input type="checkbox"/> 来所相談会 <input type="checkbox"/> 巡回相談会 [判定日: 月 日]   |   |       |                  |       |        |           |
| 希 望 業 者                  |   |   |       |                  |       |        |           |
| 添 付 書 類                  | 1 補装具費支給要否意見書 2 補装具費支給に係る借受けに関する調査書<br>3 車椅子等調査書 4 重度障害者用意思伝達装置調査書<br>5 車椅子等支給に係る介護保険調査書 6 特例補装具費支給申請理由書<br>7 診断書(様式第8号) 8 見積書(写)<br>9 その他( _____ ) |   |       |                  |       |        |           |
| 補装具費支給<br>に対する意見         | 【補装具費の支給を必要とする理由及び判定上参考となる事項を記入すること】<br>(①他制度適用の可否、②耳あな型の補聴器、③2個支給(又は2個目の支給)の必要な理由については、必ず記入すること)   |   |       |                  |       |        |           |

注 障がい名又は疾病名の欄には、身体障害者手帳を持たず障害者総合支援法に指定された難病等により補装具を申請する場合は、その疾病名を記載すること。

補装具費支給に係る借受けに関する調査書

|       |       |
|-------|-------|
| 調査年月日 | 年 月 日 |
| 市町村名  |       |
| 調査担当者 |       |

|             |   |                          |                       |   |
|-------------|---|--------------------------|-----------------------|---|
| 氏名          |   | 男・女                      | 年 月 日生                | 歳 |
| 種目          | 1 座位保持装置の完成用部品<br>2 歩行器<br>3 重度障害者用意思伝達装置(本体)<br>4 義肢の完成用部品<br>5 装具の完成用部品 |                          |                       |   |
| 名称<br>使用部品名 |   |                          |                       |   |
| 借り入れが必要な理由  | 区分  | 1 成長への対応<br>3 購入に先立つ比較検討 | 2 障がいの進行への対応<br>4 その他 |   |
|             | [理由]  |                          |                       |   |
| 貸出し業者       | 住 所<br>名 称<br>担 当 者<br>電話番号   |                          |                       |   |
| 相談会月日       | 年 月 日   | 医師名                      |                       |   |

注1) 相談会月日の欄は、相談会判定による判定依頼の場合のみ記入すること。

注2) 医師名欄は記入不要。

# 車 椅 子 等 調 査 書

|           |       |
|-----------|-------|
| 調 査 年 月 日 | 年 月 日 |
| 市 町 村 名   |       |
| 調 査 担 当 者 |       |

|                                 |              |  |                  |               |            |
|---------------------------------|--------------|--|------------------|---------------|------------|
| 氏 名                             |              | 男・女  | 年 月 日 生          | 歳             |            |
| 車椅子の<br>操作経験                    | 手動車椅子        | 1 有 → [型式: ] [年数: 年くらい] 2 無  |                  |               |            |
|                                 | 電動車椅子        | 1 有 → [型式: ] [年数: 年くらい] 2 無  |                  |               |            |
| 使用目的及び頻度                        |              | 1 仕事・通勤  | 週 回              | 2 日常生活        | 週 回        |
|                                 |              | 3 散歩・近所廻り  | 週 回              | 4 買い物         | 週 回        |
|                                 |              | 5 通院   | 月・週 回            | 6 デイサービス      | 月・週 回      |
|                                 |              | 7 社会参加 (内容: )  |                  | 月・週 回         |            |
| 使用形態                            |              | 1 車椅子等のみで移動  | 2 自分が運転する自家用車と併用 |               |            |
|                                 |              | 3 介護者が運転する車と併用   | 4 他の補装具を併用 ( )   |               |            |
|                                 |              | 5 その他 ( )  |                  |               |            |
| 使用場所                            |              | 1 屋内のみ   | 2 屋外のみ           | 3 屋内・屋外とも     |            |
| 使<br>用<br>内<br>屋                | 住宅の形態        | 1 自家 2 賃貸(①一軒屋 ②アパート等) → <input type="checkbox"/> 一般用 <input type="checkbox"/> 障がい者用 4 施設  |                  |               |            |
|                                 | 住宅の改造        | 1 車椅子用に改造済み 2 改造予定( 年 月) 3 改造していない   |                  |               |            |
|                                 | 使用可能場所       | 1 居間 2 寝室 3 廊下 4 洗面所 5 トイレ 6 浴室  |                  |               |            |
| 環<br>境<br>外                     | 日常生活圏        | 1 行動半径 → 約 m・km  |                  |               |            |
|                                 | 居住環境         | 1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯  |                  |               |            |
|                                 | 地 形          | 1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい  |                  |               |            |
|                                 |              | 交通量  | 1 多い             | 2 普通          | 3 少ない      |
|                                 | 道路の状況        | 路面   | 1 舗装(全域)         | 2 一部舗装        | 3 未舗装 4 悪路 |
|                                 |              | 歩・車道の区分  | 1 あり(全域)         | 2 一部あり        | 3 なし(全域)   |
|                                 |              | 交通信号   | 1 あり             | 2 なし          |            |
|                                 | 危険箇所         | 1 踏切   | 2 用水路・川          | 3 池 4 側溝(蓋なし) |            |
| 入<br>院<br>中<br>の<br>場<br>合      | 病院名          |  |                  |               |            |
|                                 | 入院の目的        |  |                  |               |            |
|                                 | 入院の時期及び退院見込み | 入院: 年 月 日 ・ 退院: 年 月 日  |                  |               |            |
|                                 | 入院中に必要な理由    | 1 在宅に向けての使用訓練 2 退院する見込みがなく、病院が生活の場となっている<br>3 病院の備品の車椅子では、障がい上又は体型上等著しく不適合である<br>4 その他 ( ) |                  |               |            |
| 一<br>個<br>の<br>申<br>請<br>理<br>由 | 区分           | 1 現有の車椅子等に今回新たに申請して2個使用とする 2 従来から2個使用しており、今後も継続使用する  |                  |               |            |
|                                 | 名称           | 1 台目:[ ] 2 台目:[ ]<br>( 年 月支給・今回申請 ) ( 年 月支給・今回申請 )   |                  |               |            |
|                                 | 理由           | 1 使用環境上(物理的) 2 使用環境上(衛生上) 3 車での持ち運びの関係<br>4 学校・施設・職場からの要請 5 介護上の必要性 6 その他( )               |                  |               |            |
| (欄が足りない場合は別紙とすること)              |              |  |                  |               |            |
| 保 管 場 所                         |              | 1 玄関   | 2 室内             | 3 物置          | 4 その他( )   |
| 保 守 点 検 者                       |              | 1 本人   | 2 家族( )          | 3 その他( )      |            |

注1 車椅子、電動車椅子、座位保持装置(車椅子構造フレーム)及び座位保持装置(電動車椅子構造フレーム)の判定を依頼する場合に、本調査書を添付すること  
 注2 電動車椅子の再支給で意見書により判定依頼する場合は、裏面「電動車椅子検査票」も作成すること  
 注3 電動車椅子の場合、①家屋の見取図 ②主な走行経路を記載した地図を添付すること  
 注4 介護保険の貸与制度が使用可能な者については、様式第2号の3を添付すること  
 注5 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること  
 注6 相談会判定でオーダーメイド(電動車椅子(簡易型)の本体を含む)を判定依頼する場合は、業者からの寸法表(任意様式)を添付すること



車椅子等支給に係る介護保険調査書

|       |       |
|-------|-------|
| 調査年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

|  |   |  |              |       |
|--|---|--|--------------|-------|
| 氏 名                                      |   | 男・女  | 年 月 日 生      | 歳     |
| 要 介 護 状 態                                | <input type="checkbox"/> 第1号被保険者<br><input type="checkbox"/> 第2号被保険者 (疾病名 )<br><input type="checkbox"/> 非該当 |  |              |       |
|  | 要 介 護<br>(支援)区分   |  | 認 定<br>年 月 日 | 年 月 日 |
| 車椅子の名称(型式)                               |   |  |              |       |
| 生 活 状 況                                  | 居住区分  | 1 在宅            2 施設 (施設名 )<br>3 その他 ( )   |              |       |
|  | 同居者<br>(主たる介護<br>者に◎)   |  |              |       |
|  | 要介助<br>の状態  | 1 全介助        2 一部介助 [ ]<br>(自立可能な日常生活動作: ) |              |       |
|  | [その他参考事項]   |  |              |       |
| 介護保険での車椅子の貸与が出来ない理由又は施設の備品の車椅子では対応出来ない理由 | [介護保険の既製品の貸与又は施設の備品の利用の検討をした結果に基づき、貸与出来ない理由を記入]   |  |              |       |

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 所属 |  | 氏名 |  |
|----|--|----|--|

注1 本調査書は、介護支援専門員が記入すること。

注2 介護保険の認定を受けた在宅者又は介護保険施設入所者等で、障害者総合支援法により車椅子又は電動車椅子を申請する場合に提出すること。

# 重度障害者用意思伝達装置調査書

|       |       |
|-------|-------|
| 調査年月日 | 年 月 日 |
| 市町村名  |       |
| 調査担当者 |       |

|                                |                                   |   |                                   |   |
|--------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| 氏 名                            |                                   | 男 女   | 年 月 日生                            | 歳 |
| 福祉サービスの利用状況                    | 介護保険                              | 認定の有無   | 1 有 → [認定： 年 月 日] [要介護状態区分： ] 2 無 |   |
|                                |                                   | 利用しているサービスの内容   |                                   |   |
|                                | 障害者福祉                             | 支援区分認定  | 1 有 → [認定： 年 月 日] [支援区分： ] 2 無    |   |
|                                |                                   | 利用しているサービスの内容   |                                   |   |
| パソコン等の使用経験                     |                                   | 1 有 → [パソコン・ワープロ・携帯用会話補助装置・その他( )]<br>2 無                 |                                   |   |
| 意思伝達装置の操作経験                    |                                   | 1 有 → 支給・借用・自費購入 2 無<br>[商品名： ] [年数： 年くらい]<br>[入力装置の種類： ] |                                   |   |
| 試用(デモ)実績                       |                                   | 1 有 → [商品名： ]<br>[H 年 月 日～H 年 月 日]                        | 取扱業者名                             |   |
|                                |                                   | 2 無 → 予定 [H 年 月 日～H 年 月 日]                                |                                   |   |
| 使用場所                           |                                   | 1 自宅 2 病院・施設等(名称： ) 3 その他( )                              |                                   |   |
| 使用形態<br>(該当するものすべてに○)          |                                   | 1 コミュニケーション(会話・文書作成) 2 電子メール<br>3 インターネット 4 他の環境設備のコントロール |                                   |   |
| 一日の使用時間                        |                                   | 約 時間  |                                   |   |
| 意思伝達の主な相手                      |                                   |   |                                   |   |
| 主たる介護者                         |                                   |   |                                   |   |
| 保守点検者                          |                                   |   |                                   |   |
| 必要とする付属装置                      | <input type="checkbox"/> 固定台      |   | 必要とする理由                           |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 入力装置固定具  |   |                                   |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 呼び鈴      |   |                                   |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置  |   |                                   |   |
| 必要とする入力装置<br>(スイッチ)            | <input type="checkbox"/> 接点式      |   | 必要とする理由                           |   |
|                                | <input type="checkbox"/> 帯電式      |   |                                   |   |
|                                | 付属品                               | <input type="checkbox"/> タッチ式入力装置                         |                                   |   |
|                                |                                   | <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"/> 視線検出式 |                                   |   |                                   |   |

注：選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

※難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。

補装具費支給要否意見書(殻構造義手)

|                            |                                |  |  |              |                                     |          |
|----------------------------|--------------------------------|--|--|--------------|-------------------------------------|----------|
| 氏名                         |                                | 男女   | 生年月日   | 年月日生         | 歳                                   |          |
| 住所                         |                                |  |  |              |                                     |          |
| 障がい名                       |                                |  |  |              |                                     |          |
| 原因となった<br>疾病・外傷名           | 疾病・外傷発生年月日                     |  |  | 年月日          | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( ) |          |
|                            | 右 左 両側                         |  |  | 極短 短 標準 長 極長 | 肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部                    |          |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況 | 断端                             | 断端長  | cm   |              |                                     |          |
|                            |                                | 形状   | 骨端部の突出   | 1 あり         | 2 なし                                |          |
|                            | 浮腫                             |  | 1 あり   | 2 なし         |                                     |          |
|                            | 断端の形                           |  | 1 円錐形  | 2 円筒形        | 3 しもぶくれ                             | 4 その他( ) |
|                            | 皮膚                             | 術創の状態                                      | 1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり → <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー   |              |                                     |          |
|                            |                                | 癒痕の有無                                      | 1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |              |                                     |          |
|                            |                                | 一般状態                                       | 1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br>5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常( ) |              |                                     |          |
|                            | 皮下組織                           | 量  | 1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )  |              |                                     |          |
|                            |                                | 硬さ   | 1 普通 2 硬い 3 柔らかい   |              |                                     |          |
|                            |                                | その他  | 筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない  |              |                                     |          |
|                            | 血流(循環)                         | 皮膚の色                                       | 1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ   |              |                                     |          |
|                            |                                | 皮膚温  | 1 正常 2 高い 3 低い   |              |                                     |          |
|                            | 痛み                             | 1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛              |  |              |                                     |          |
|                            | 幻肢                             | 1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性: )                |  |              |                                     |          |
| 上肢関節機能                     | 【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】        |  |  |              |                                     |          |
| その他の所見                     |                                |  |  |              |                                     |          |
| 必要とする義手                    | <input type="checkbox"/> 肩 義手  | 1 普通用 2 肩甲胸郭間切断用                           |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 上腕 義手 | 1 差込式 2 吸着式                                |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 肘 義手  | 1 差込式 2 吸着式                                |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 前腕 義手 | 1 差込式 2 顆上支持式 → ミュンスター型 ノースウェスタン型 3 スプリット式 |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 手 義手  | 1 差込式 2 キャップ式 3 スプリット式 4 有窓式               |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 手部 義手 | 1 手袋式 2 前腕式                                |  |              |                                     |          |
|                            | <input type="checkbox"/> 手指 義手 | 1 キャップ 2 部分ハンド 3 差込式                       |  |              |                                     |          |
| 使用効果見込                     |                                |  |  |              |                                     |          |

裏面へ続く



| 処 方   |                              | 使 用 材 料 ・ 型 式 等  |  |  |    |     |
|---|------------------------------|--|--|--|----|-----|
| 型 式   |                              | A 装飾用 B 作業用 C 能動式  |  |  |    |     |
| 処方部位  |                              | A 右 B 左 C 両側   |  |  |    |     |
| ソケット  |                              | A アルミニウム、セルロイド B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂  |  |  |    |     |
| ソフトインサート  |                              | A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 完成用部品(ライナー)                                      |  |  |    |     |
| 支 持 部   | 肩 部                          |  |  |  |    |     |
|   | 上腕部                          | A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(肩、上腕義手用)                                     |  |  |    |     |
|   | 前腕部                          | A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(前腕義手用)                                       |  |  |    |     |
| 義 手 用 ハーネス  | 肩義手用                         | A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式  |  |  |    |     |
|   | 上腕義手用                        | A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式 C 8字ハーネス一式   |  |  |    |     |
|   | 前腕義手用                        | A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 8字ハーネス一式 C 9字ハーネス一式<br>D たわみ継手(一組) E 前方支持バンド F 上腕カフ(三頭筋パッド) |  |  |    |     |
| 外 装   | 肩 部                          | A 皮革 B プラスチック C 塗装   |  |  |    |     |
|   | 上腕部                          |  |  |  |    |     |
|   | 前腕部                          |  |  |  |    |     |
| 完 成 用 部 品   | 肩継手                          | A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式   |  |  |    |     |
|   | 肘継手                          | A 硬性たわみ B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ D 倍動ヒンジ<br>E 能動単軸ブロック F 手動単軸ブロック(木製) G 作業用幹部式        |  |  |    |     |
|   | 手継手                          | A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式<br>E 作業用幹部式 F 手部コネクタ                             |  |  |    |     |
|   | 手先具                          | A 能動ハンド B 能動フック C 装飾ハンド D 装飾手袋 E 作業用手先具                                      |  |  |    |     |
|   | その他                          | A ケーブルセット B ハーネス部品 C フック用先ゴム D 断端袋(上腕用、前腕用)<br>E ライナーロックアダプタ F ライナー          |  |  |    |     |
| 品   | <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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                              |  |  |  |    |     |

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

|                                 |                                  |   |                               |  |   |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|--|---|--|--|
| 氏名                              |                                  | 男女  | 生年月日                          | 年月日生   | 歳 |  |  |
| 住所                              |                                  |   |                               |  |   |  |  |
| 障がい名                            |                                  |   |                               |  |   |  |  |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                | 疾病・外傷発生年月日                       |   |                               | 年 月 日  |   |  |  |
|                                 |                                  |   |                               | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( )  |   |  |  |
| 切断の部位・レベル                       | 右 左 両側                           | 極短 短 標準 長 極長  |                               | 股 大腿 膝 下腿 サイム 足  |   |  |  |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況      | 端<br>の<br>状<br>態                 | 断端長   | cm (健常肢側の %)                  |  |   |  |  |
|                                 |                                  | 形 状   | 骨端部の突出                        | 1 あり 2 なし  |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 浮 腫                           | 1 あり 2 なし  |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 断端の形                          | 1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他( )   |   |  |  |
|                                 |                                  | 皮 膚   | 術創の状態                         | 1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→ <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー  |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 癒痕の有無                         | 1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 一般状態                          | 1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br>5 毛穴炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常( ) |   |  |  |
|                                 |                                  | 皮下組織  | 量                             | 1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )  |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 硬 さ                           | 1 普通 2 硬い 3 柔らかい   |   |  |  |
|                                 |                                  |   | そ の 他                         | 筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない  |   |  |  |
|                                 |                                  | 血 流 ( 循 環 )   | 皮 膚 の 色                       | 1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ   |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 皮 膚 温                         | 1 正常 2 高い 3 低い   |   |  |  |
|                                 |                                  |   | 脈 動                           | 1 あり 2 なし → <input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> 足背動脈                                |   |  |  |
|                                 |                                  | 痛 み   | 1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛 |  |   |  |  |
|                                 |                                  | 幻 肢   | 1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性: )     |  |   |  |  |
| 下 肢 関 節 機 能                     | 【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】         |   |                               |  |   |  |  |
| そ の 他 の 所 見                     |                                  |   |                               |  |   |  |  |
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>義<br>足 | <input type="checkbox"/> 股 義 足   | 1 受皿式 2 カナディアン式 3 片側骨盤切断用   |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 大 腿 義 足 | 1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト <input type="checkbox"/> IRCソケット |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 膝 義 足   | 1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付  |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 下 腿 義 足 | 1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付     |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 果 義 足   | 1 差込式 2 有窓式   |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 足根中足義足  | 1 鋼板入り 2 足袋型  |                               |  |   |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 足 指 義 足 |   |                               |  |   |  |  |
| 使 用 効 果 見 込                     |                                  |   |                               |  |   |  |  |

裏面へ続く

| 処 方   |       | 使 用 材 料 ・ 型 式 等  |  |    |    |
|---|-------|--|--|----|----|
| 型 式   |       | A 常用 B 作業用   |  |    |    |
| 処 方 部 位   |       | A 右 B 左 C 両側   |  |    |    |
| ソ ケ ッ ト   |       | A 木製 B皮革 Cアルミニウム、セルロイド D 熱硬化性樹脂 E 熱可塑性樹脂<br>□エアクッションソケット □ 二重ソケット □ カーボンストッキング積層 |  |    |    |
| ソフトインサート  |       | A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン<br>F 完成用部品（※ライナーを使用するときシリコーンは加算できない） |  |    |    |
| 支 持 部   | 股部    |  |  |    |    |
|   | 大腿部   | A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（股、大腿義足用）                                       |  |    |    |
|   | 下腿部   | A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（下腿義足用）   |  |    |    |
|   | 足部    | A 軟性発泡樹脂   |  |    |    |
| 懸 垂 用 部 品   | 股義足用  | A 懸垂帯一式  |  |    |    |
|   | 大腿義足用 | A シレジアバンド一式 B 肩吊带 C 腰バンド D 横吊带 E 義足用股吊带  |  |    |    |
|   | 下腿義足用 | A 腰バンド B 横吊带 C 大腿もも締め一式 D PTB膝カフ一式   |  |    |    |
| 外 装   | 股 部   | A 皮革 B プラスチック C 塗装   |  |    |    |
|   | 大腿部   |  |  |    |    |
|   | 下腿部   |  |  |    |    |
|   | 足 部   | A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)   |  |    |    |
| 完 成 用 部   | 股継手   | A ヒンジ継手 B カナディアン式  |  |    |    |
|   | 膝継手   | A ヒンジ継手 B 鉄脚 C ブロック継手  |  |    |    |
|   | 足 部   | A 固定足部 B 単軸足部 C 多軸足部 D SACH足部<br>E ドリンガー足部 F 装飾足袋                                |  |    |    |
| 品   | その他   | A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D 断端袋(大腿用、下腿用)   |  |    |    |
|   |       | E ライナーロックアダプタ F ライナー G ベルト付先ゴム   |  |    |    |
|   |       | H SACH用アングルブロック I 足先リアルソックス J 先ゴム K 踵ゴム  |  |    |    |
|   |       | L スプリングゴム M 前止金具 N サイム用ボルト   |  |    |    |
| □ 借受け   | 部品名   |  |  | 期間 | か月 |
|   | 理由    |  |  |    |    |
| <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>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |       |  |  |    |    |

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

|                                      |                                      |   |   |                    |   |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|--------------------|---|--|
| 氏名                                   |                                      | 男女  | 生年月日  | 年月日生               | 歳 |  |
| 住所                                   |                                      |   |   |                    |   |  |
| 障がい名                                 |                                      |   |   |                    |   |  |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                     |                                      |   |   | 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( )      |   |  |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>機<br>能<br>状<br>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<br>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<br>肢<br>機<br>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   |   |                    |   |  |
|                                      |                                      | 膝関節   |   |                    |   |  |
|                                      |                                      | 足関節<br>足部   |   |                    |   |  |
|                                      | 歩行の<br>状態                            |   |   |                    |   |  |
|                                      | 上肢機能<br>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】  |   |                    |   |  |
|                                      | 脚長差                                  | 1 なし 2 あり→ cm   |   |                    |   |  |
|                                      | 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>補<br>装<br>具 | <input 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<br>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"/> 膝装具         |                                      | A 両側支柱 B 硬性 C スウェーデン式 D 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                               |                                      |   |   |                    |   |  |

裏面へ続く

| 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<br>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。<br>※ 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<br>持<br>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<br>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<br>C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂<br>□ 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)<br>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<br>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<br>G スタビライザー H ターンバックル I ダイアルロック<br>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)<br>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<br>成<br>用<br>部<br>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<br>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<br>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<br>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<br>E 足板 F デニスブラウン  |    |               |    |
|  | □ 借受け   | 部品名  |    |               | 期間 |
|  | 理由  |  |    |               |    |
| 靴<br>型<br>装<br>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<br>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・バー D メイト・半月バー<br>E メタルガル・バー F ハウザー・バー G ロッカー・バー 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 トウボックス補強 D 鉛板の挿入<br>E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)  |    |               |    |
| <p>上記のとおり意見します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">診 療 科 名</p> <p style="text-align: center;">作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |   |  |    |               |    |

【記入上の留意事項】

(R2.6)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。

補装具費支給要否意見書(上肢装具)

|                                 |   |  |      |                    |   |
|---------------------------------|---|--|------|--------------------|---|
| 氏名                              |   | 男女   | 生年月日 | 年 月 日生             | 歳 |
| 住所                              |   |  |      |                    |   |
| 障がい名                            |   |  |      |                    |   |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                |   |  |      | 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( )      |   |
| 障がいの状況                          | 【上肢の全般的な機能状態、装着部位の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 |  |      |                    |   |
| 必要とする装具                         | <input type="checkbox"/> 肩装具            | A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック                        |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 肘装具            | A 両側支柱 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性                  |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 手背屈装具          | A バネ型 B トーマス型 C オープンハイマー型<br>D 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 長対立装具          |  |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 短対立装具          |  |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 把持装具           | A 手関節駆動式 B ハーネス駆動式   |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> MP屈曲装具         | A バネ型 B プラスチック C 軟性  |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> MP伸展装具         |  |      |                    |   |
|                                 | <input type="checkbox"/> 指装具            | A 指用ナックルバンダー B 指用逆ナックルバンダー                                   |      |                    |   |
| <input type="checkbox"/> B.F.O. |   |  |      |                    |   |
| 使用効果見込                          |   |  |      |                    |   |

| 処 方  |                              | 使 用 材 料 ・ 型 式 等   |    |    |  |
|--|------------------------------|---|----|----|--|
| 処 方 部 位  | 右 左 両                        |   |    |    |  |
|  | ( )指                         |   |    |    |  |
| 採 型 ・ 採 寸  |                              | A 採型 B 採寸   |    |    |  |
| 支 持 部  | 胸郭支持部                        | A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム   |    |    |  |
|  | 骨盤支持部                        | A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム   |    |    |  |
|  | 上腕支持部                        | A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 上腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)   |    |    |  |
|  | 前腕支持部                        | A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 前腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)   |    |    |  |
|  | 手部背側パッド                      | A モールド B フレーム   |    |    |  |
|  | 手掌パッド                        | A モールド B フレーム   |    |    |  |
| 継 手  | 肩 継 手                        | A 固定 B 遊動 C 肩回旋装置   |    |    |  |
|  | 肘 継 手                        | A 固定 B 遊動 C プラスチック継手  |    |    |  |
|  | 手 継 手                        | A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱   |    |    |  |
|  | M P 継 手                      | A 固定 B 遊動   |    |    |  |
|  | I P 継 手                      | A 固定 → 1 金属(アルミニウム) 2 モールド(熱可塑性樹脂) B 遊動 C 鋼線支柱  |    |    |  |
| ※ 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。   |                              |   |    |    |  |
| 付 属 品  |                              | A 基節骨パッド → モールド フレーム B 中・末節骨パッド → モールド フレーム<br>C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助バネ<br>G 肘当て H ターンバックル I ダイヤルロック<br>J 内張り → 上腕部 前腕部 手部 K 懸垂帯 |    |    |  |
| 完 成 用 部 品  | 肩 継 手                        |   |    |    |  |
|  | 肘 継 手                        |   |    |    |  |
|  | 把持装具用部品                      |   |    |    |  |
|  | 指用装具用部品                      |   |    |    |  |
|  | <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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                              |   |    |    |  |

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(体幹装具)

|                  |                                    |   |      |                    |   |
|------------------|------------------------------------|---|------|--------------------|---|
| 氏名               |                                    | 男女  | 生年月日 | 年月日生               | 歳 |
| 住所               |                                    |   |      |                    |   |
| 障がい名             |                                    |   |      |                    |   |
| 原因となった<br>疾病・外傷名 |                                    |   |      | 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( )      |   |
| 障がいの状況           | 【歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記入すること】 |   |      |                    |   |
| 必要とする装具          | <input type="checkbox"/> 頸椎装具      | A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック<br>C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし  |      |                    |   |
|                  | <input type="checkbox"/> 胸椎装具      | A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性  |      |                    |   |
|                  | <input type="checkbox"/> 腰椎装具      | A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性  |      |                    |   |
|                  | <input type="checkbox"/> 仙腸装具      | A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック<br>C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし   |      |                    |   |
|                  | <input type="checkbox"/> 側彎矯正装具    | A ミルウォーキーブレイス B 頭部に及ばないもの → 1 金属枠<br>2 硬性 → <input type="checkbox"/> 不燃性セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック<br>3 軟性(帯状のものを含む) |      |                    |   |
| 使用効果見込           |                                    |   |      |                    |   |

裏面へ続く



| 処 方   |                              | 使 用 材 料 ・ 型 式 等  |    |    |
|---|------------------------------|--|----|----|
| 採型・採寸   |                              | A 採型 B 採寸  |    |    |
| 支<br>持<br>部   | 頸椎支持部                        | A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム<br>C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし                                |    |    |
|   | 胸椎支持部                        | A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性  |    |    |
|   | 腰椎支持部                        | A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性  |    |    |
|   | 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 フレーム C 軟性<br>D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし                                 |    |    |
|   | 骨盤支持部                        | A 皮革(補強材を含む) B モールド(熱可塑性樹脂) ヘルビックガードル  |    |    |
| 付<br>属<br>品   | 体幹装具用                        | A 高さ調節 B ターンバックル式 C 腰部継手 D バタフライ<br>E 肩バンド F 会陰ひも G 腹圧強化バンド                                      |    |    |
|   | 側彎矯正装具用                      | A 胸椎パッド B 腰椎パッド C ショルダーリング D 腋窩パッド<br>E アウトリガー F 前方支柱 G 後方支柱 H 側方支柱<br>I ネックリング J 胸郭バンド(プラスチック製) |    |    |
|   | 内 張 り                        | A 頸椎支持部 B 胸椎支持部 C 腰椎支持部 D 仙腸支持部  |    |    |
|   |                              | ※ 高さ調整は、頸椎装具についてのみ加算することができる。  |    |    |
|   |                              | ※ バタフライについては、モールド又はフレームの場合にのみ加えることができる。  |    |    |
| 完<br>成<br>用<br>部<br>品   | 部 品 名                        |  |    |    |
|   | <input type="checkbox"/> 借受け | 部品名<br>理由  | 期間 | か月 |
| <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>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                              |  |    |    |

(H30.6)

## 【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

|   |                                     |  |  |                    |   |  |
|---|-------------------------------------|--|--|--------------------|---|--|
| 氏名  |                                     | 男女   | 生年月日                                   | 年月日生               | 歳 |  |
| 住所  |                                     |  |  |                    |   |  |
| 障がい名  |                                     |  |  |                    |   |  |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                                |                                     |  |  | 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( )      |   |  |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>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<br>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】                        |  |                    |   |  |
|   |                                     | 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】                                  |  |                    |   |  |
|   | 歩行の状態                               |  |  |                    |   |  |
|   | 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】                                  |  |                    |   |  |
|   | 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 } |                                     |  |  |                    |   |  |
| 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                                    |  |                    |   |  |
| 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  |  |  |                    |   |  |
| 使用効果見込  |                                     |  |  |                    |   |  |

裏面へ続く

| 処   |                              | 方  |                                    | 内  |    | 容   |      |
|---|------------------------------|--|------------------------------------|----|----|-----|------|
| 採型採寸区分<br>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 下腿・足部   |                                    |    |    |     |      |
| 支<br>持<br>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<br>持連<br>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<br>造<br>フ<br>ム  | 使用材料                         | 1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式: )   |                                    |    |    |     |      |
|   |                              | 4 完成用<br>部品  | <input type="checkbox"/> 借受け<br>理由 | 期間 | か月 |     |      |
|   | 付 加 機 能                      | 1 ティルト機構 3 昇降機構  |                                    |    |    |     |      |
| 付<br>属<br>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<br>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 type="checkbox"/> 脱着式( )            |                                    |    |    |     |      |
|   | 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  |                                    |    |    |     |      |
|   | キヤスター                        | 1 標準 2 多機能キヤスター  |                                    |    |    |     |      |
| 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<br>整<br>機<br>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 5 アームレスト                                    |                                    |    |    |     |      |
|   | 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<br>成<br>用<br>部<br>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |                              |  |                                    |    |    |     |      |

【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。  
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。  
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状  
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由(全ての完成用部品)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(完成用部品:構造フレームのみ)を記入すること。

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   | 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 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 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<br><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<br><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 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<br><input type="checkbox"/> 障がい者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   |  |
| フレーム     |  | 1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材質】→ 鉄 軽合金 ステンレス   |  |
| 駆動輪      |  | 【径】 20 22 24 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 背折れ機構<br>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<br>※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<br>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<br>※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※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<br>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<br>※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<br>※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"/> 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 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 type="checkbox"/> クッション滑り止め   |
| 属品       | <input type="checkbox"/> テーブル  | <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)  | <p>オーダーメイドの寸法</p>  <p>※ティッピングレバー長 ( )</p> <p>※フットバンパー長 ( )</p> <p>※車輪とハンドリムの距離 ( )</p> |
|          | <input type="checkbox"/> ステッキホルダー  | <input 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"/> 点滴ボール   |  |
|          | <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガートル架   | <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   |  |
|          | <input 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 { }   |  |  |

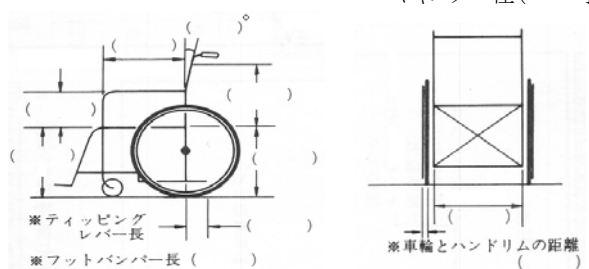
【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

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))

|    |  |
|----|--|
| 氏名 |  |
|----|--|

|                                 |   | 処 方 内 容   |  |  |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| 必要とする電動車椅子様                     | 型   | <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H  |  |  |
|                                 | 式   | <input type="checkbox"/> 簡易型  | 【支給要件】 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者<br>○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者<br>○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者   |  |
|                                 |   | <input type="checkbox"/> アシスト式  |  |  |
|                                 | 仕   | <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<br><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<br><input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため |  |
|                                 |   | <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式   | 【支給要件】 上記リクライニング式の要件を満たし、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操作が可能となる者  |  |
|                                 |   | <input type="checkbox"/> ティルト式  | 【支給要件】 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 type="checkbox"/> 電動ティルト式  | 【支給要件】 上記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、自力でのティルト操作が可能となる者  |  |
| <input type="checkbox"/> 電動リフト式 |   | 【支給要件】 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者<br>※ 自力乗降が不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、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。   |  |  |
| 様                               | <input 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<br><input type="checkbox"/> 障がい者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  |  |  |
| バックサポート                         |   | 1 固定式 2 延長 3 張り調整式 4 ヘッドサポートベース(枕を含む) 5 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   |  |  |
| 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<br>7 脱着式 8 拡張(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<br>※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 開閉・脱着式  |  |  |
| 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   |  |  |
| 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"/> フローテーションパッド<br><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<br><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)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input 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)   | オーダーメイドの寸法<br>駆動輪径( 吋)<br>キャスター径( 吋)   |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> ステッキホルダー                     | <input 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"/> 栄養バック取付用ガードル架                | <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  |  |  |
|                                 | <input 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"/> クライマーセット                     | <input type="checkbox"/> フロントサブホイール   |  |  |
|                                 | <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   |  |  |
| 品                               | <input type="checkbox"/> その他                          |   |  |  |



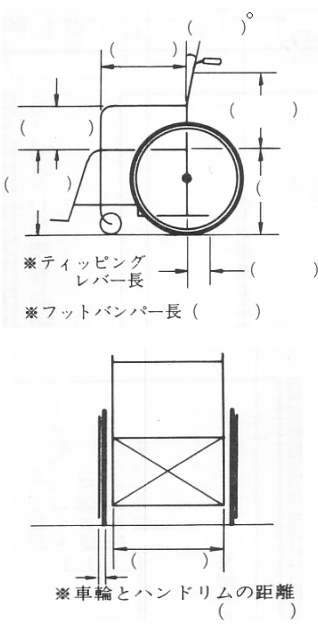
【記入上の留意事項】

(H30.6)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

補装具費支給要否意見書(車椅子)

|   |  |  |      |                                     |   |
|---|--|--|------|-------------------------------------|---|
| 氏 名   |  | 男 女  | 生年月日 | 年 月 日生                              | 歳 |
| 住 所   |  |  |      |                                     |   |
| 障 がい 名  |  |  |      |                                     |   |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                                    |  | 疾病・外傷発生年月日   |      | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( ) |   |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>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<br>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】  |      |                                     |   |
|   | 歩 行 の 状 態                                |  |      |                                     |   |
|   | 座 位                                      | 1 自力にて可( 時間・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( 時間・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】  |      |                                     |   |
|   | 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 3 痩せており、骨の突出あり   |      |                                     |   |
| 操<br>作<br>能<br>力<br>等                               | 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<br>※ 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( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }  |      |                                     |   |
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>車<br>椅<br>子<br>の<br>仕<br>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 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<br>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<br><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<br><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 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<br><input type="checkbox"/> 障がい者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   |  |  |      |                                     |   |

| 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 軽合金 ステンレス  |
| 駆 動 輪   | 【径】 20 22 24 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<br>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<br>※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<br>※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<br>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<br>※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<br>※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<br>※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※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(右・左・両) 4 左右調整(右・左・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<br>※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<br>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<br>※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<br>※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 属 品   | <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( )  |
|   | <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド<br><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<br><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)<br><input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)<br><input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め |
|   | <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 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 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 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"/> ノーバンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め<br><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<br><input type="checkbox"/> その他<br>( )  |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>作成医師氏名 印 |    |

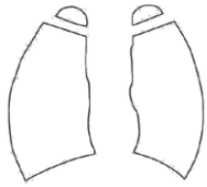
【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1) 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2) 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3) その他参考となる事項

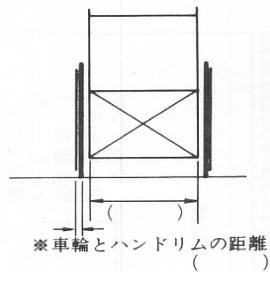
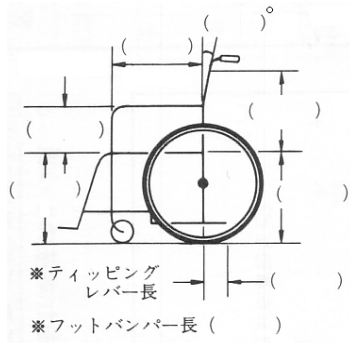
補装具費支給要否意見書(車椅子)

心臓機能障がい者用

|   |  |   |               |                                     |   |
|---|--|---|---------------|-------------------------------------|---|
| 氏名  |  | 男女  | 生年月日          | 年 月 日生                              | 歳 |
| 住所  |  |   |               |                                     |   |
| 障がい名  |  |   |               |                                     |   |
| 原因となった疾病・外傷名  |  |   |               | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( ) |   |
| 疾病・外傷発生年月日  |  |   |               | 年 月 日                               |   |
| 障がいの状況  |  |   |               |                                     |   |
| 臨床所見  |  |   |               |                                     |   |
| 心臓機能についての所見   |  |   |               |                                     |   |
| 胸部X線写真所見( 年 月 日)  |  |   | 心電図所見( 年 月 日) |                                     |   |
|  |  |   |               |                                     |   |
| 心胸比:( )%  |  |   |               |                                     |   |
| 歩行についての所見   |  |   |               |                                     |   |
| 社会生活についての所見   |  |   |               |                                     |   |
| その他の所見  |  |   |               |                                     |   |
| 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 3 不可<br>※ 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( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }   |               |                                     |   |
| 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 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 type="checkbox"/> リクライニング式<br><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<br><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<br><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 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<br><input 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  |  |   |               |                                     |   |



| 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 軽合金 ステンレス  |
| 駆 動 輪   | 【径】 20 22 24 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<br>※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 拡張(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<br>※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   |
|   | ※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※5 → 移乗動作時に必要な者   |
| 対象者例  |  |
| 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(右・左・両) 4 左右調整(右・左・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   |
|   | ※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<br>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<br>※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合   |
| 対象者例  |  |
| ハンドリム   | 1 標準式 2 ノブ付→ □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)  |
|   | ※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 属 品   | <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( )<br><input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド<br><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<br><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)<br><input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気を調節するもの <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)<br><input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め<br><input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)<br><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<br><input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール<br><input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台<br><input 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)<br><input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め<br><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<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>作成医師氏名 印 |  |



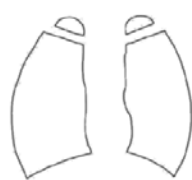
【記入上の留意事項】

(H29.06)

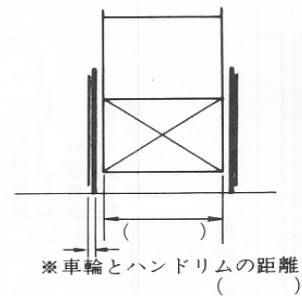
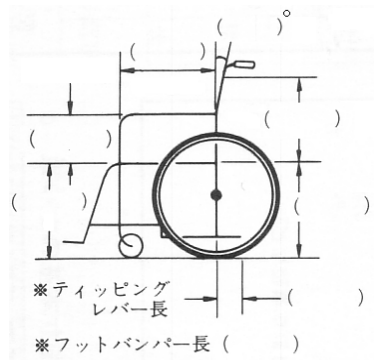
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(車椅子)

呼吸器機能障がい者用

|                             |   |    |           |                    |   |
|-----------------------------|---|----|-----------|--------------------|---|
| 氏名                          |   | 男女 | 生年月日      | 年 月 日生             | 歳 |
| 住所                          |   |    |           |                    |   |
| 障がい名                        |   |    |           |                    |   |
| 原因となった疾病・外傷名                |   |    |           | 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( )      |   |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況  | 現在の活動能力の程度  |    |           |                    |   |
|                             | 胸部X線写真所見( 年 月 日)  |    |           |                    |   |
|                             |  |    | ア 胸膜癒着    | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             |   |    | イ 気腫化     | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             |   |    | ウ 線維化     | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             |   |    | エ 不透明肺    | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             |   |    | オ 胸郭変形    | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             |   |    | カ 心・縦隔の変形 | (無・軽度・中等度・高度)      |   |
|                             | 心胸比:( )%  |    |           |                    |   |
|                             | 換気の機能( 年 月 日)   |    |           |                    |   |
|                             | ア 予測肺活量 ml  |    |           |                    |   |
|                             | イ 1秒量 ml  |    |           |                    |   |
| ウ 予測肺活量1秒率 % (=イ/ア × 100)   |   |    |           |                    |   |
| 動脈血ガス( 年 月 日)               |   |    |           |                    |   |
| ア O <sub>2</sub> 分圧 : Torr  |   |    |           |                    |   |
| イ CO <sub>2</sub> 分圧 : Torr |   |    |           |                    |   |
| ウ pH :                      |   |    |           |                    |   |
| エ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分    |   |    |           |                    |   |
| オ 耳朶血を用いた場合: [ ]            |   |    |           |                    |   |
| 歩行についての所見                   |   |    |           |                    |   |
| 社会生活についての所見                 |   |    |           |                    |   |
| その他の所見                      |   |    |           |                    |   |
| 操作能力等                       | 車椅子の操作  |    |           |                    |   |
|                             | 車椅子への移乗   |    |           |                    |   |
|                             | 知的能力等   |    |           |                    |   |
| 必要とする車椅子                    | <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 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)                         |    |           |                    |   |
|                             | <input type="checkbox"/> リクライニング式   |    |           |                    |   |
| 仕様                          | <input type="checkbox"/> ティルト式  |    |           |                    |   |
|                             | <input type="checkbox"/> オーダーメイド  |    |           |                    |   |
|                             | <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                      |   |    |           |                    |   |

| 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 軽合金 ステンレス  |
| 駆 動 輪   | 【径】 20 22 24 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<br>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<br>※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<br>※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<br>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<br>※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<br>※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<br>※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※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(右・左・両) 4 左右調整(右・左・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<br>※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<br>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<br>※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→ □水平 □垂直 □握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)  |
|         | 対象者例<br>※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 属 品   | <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( )<br><input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> フローテーションパッド<br><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<br><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)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの <input type="checkbox"/> クッション滑り止め<br><input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> ステッキホルダー <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)<br><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<br><input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 点滴ポール<br><input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)<br><input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台<br><input 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)<br><input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|         | <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>診療科名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>   |



【記入上の留意事項】

(H29.06)

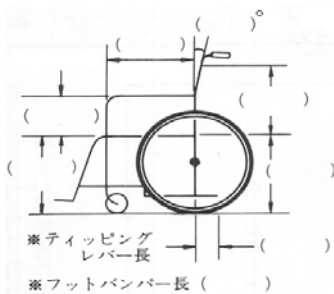
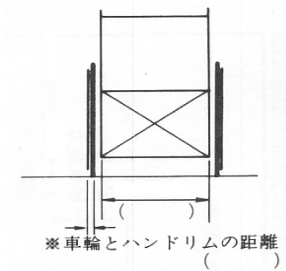
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(車椅子)

平衡機能障がい者用

|   |                                   |  |  |                    |   |
|---|-----------------------------------|--|--|--------------------|---|
| 氏名  |                                   | 男女   | 生年月日   | 年月日生               | 歳 |
| 住所  |                                   |  |  |                    |   |
| 障がい名  |                                   |  |  |                    |   |
| 原因となった疾病・外傷名  |                                   |  |  | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 |   |
| 疾病・外傷発生日  |                                   |  |  | 年月日                |   |
|   |                                   |  |  | 疾病・先天性・その他( )      |   |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況                          | 平衡機能についての所見                       |  |  |                    |   |
|   | 歩行についての所見                         |  |  |                    |   |
|   | 社会生活についての所見                       |  |  |                    |   |
|   | その他の所見                            |  |  |                    |   |
| 操<br>作<br>能<br>力<br>等                               | 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<br>※ 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( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }                                      |                    |   |
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>車<br>椅<br>子<br>の<br>仕<br>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 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)  |  |                    |   |
|   | <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<br><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<br><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 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<br><input type="checkbox"/> 障がい者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  |                                   |  |  |                    |   |

| 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 軽合金 ステンレス  |
| 駆 動 輪                               | 【径】 20 22 24 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<br>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<br>※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<br>※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<br>6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡張(左・右・両) 9 延長(左・右・両)  |
|                                     | 対象者例<br>※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<br>※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<br>※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<br>※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者<br>※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(右・左・両) 4 左右調整(右・左・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<br>※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<br>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<br>※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<br>※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 属 品                               | <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( )  |
|                                     | <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 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 type="checkbox"/> クッション滑り止め  |
|                                     | <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 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 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 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<br>( ) |  |

上記のとおり意見します。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科名

作成医師氏名 印

【記入上の留意事項】

(H29.06)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(電動車椅子)

※普通型用

|                            |   |  |      |                                     |    |
|----------------------------|---|--|------|-------------------------------------|----|
| 氏名                         |   | 男女   | 生年月日 | 年月日生                                | 歳  |
| 住所                         |   |  |      |                                     |    |
| 障がい名                       |   |  |      |                                     |    |
| 原因となった<br>疾病・外傷名           | 疾病・外傷発生年月日 年 月 日                        |  |      | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( ) |    |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>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<br>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】  |      |                                     |    |
|                            | 歩行の状態                                   |  |      |                                     |    |
|                            | 座位                                      | 1 自力にて可( 時間・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( 時間・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   |      |                                     |    |
|                            | 握力                                      | 右  | kg   | 左                                   | kg |
|                            | 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】  |      |                                     |    |
|                            | 手動式<br>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<br>※ 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 3 痩せており、骨の突出あり      |  |      |                                     |    |
| 移乗                         | 1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助                   |  |      |                                     |    |
| 視力                         | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }   |  |      |                                     |    |
| 視野                         | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }   |  |      |                                     |    |
| 聴力                         | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }   |  |      |                                     |    |
| 知的能力等                      | 1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり } |  |      |                                     |    |
| 操作方法                       | 1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →         |  |      |                                     |    |
| 使用効果見込                     |   |  |      |                                     |    |

裏面へ続く



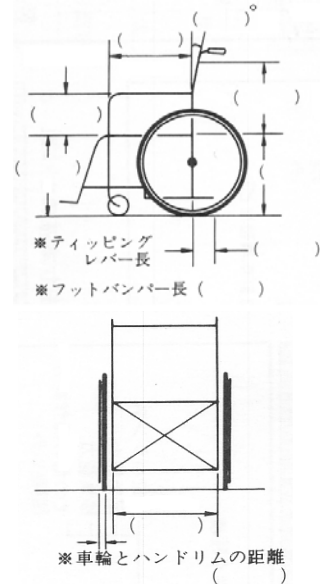
補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易型))

|                                      |  |  |      |                    |   |    |
|--------------------------------------|--|--|------|--------------------|---|----|
| 氏名                                   |  | 男女   | 生年月日 | 年 月 日生             | 歳 |    |
| 住所                                   |  |  |      |                    |   |    |
| 障がい名                                 |  |  |      |                    |   |    |
| 原因となった疾病・外傷名                         |  |  |      | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 |   |    |
| 疾病・外傷発生日                             |  |  |      | 年 月 日              |   |    |
|                                      |  |  |      | 疾病・先天性・その他( )      |   |    |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>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<br>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】  |      |                    |   |    |
|                                      | 歩行の状態  |  |      |                    |   |    |
|                                      | 座位   | 1 自力にて可( 時間・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( 時間・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   | 握力   | 右    | kg                 | 左 | kg |
|                                      | 【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】                                    |  |      |                    |   |    |
|                                      | 手動式車椅子の操作  | 1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可<br>※ 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 3 痩せており、骨の突出あり                           |  |      |                    |   |    |
| 操<br>作<br>能<br>力<br>等                | 移乗   | 1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助  |      |                    |   |    |
| 視力                                   | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }                        |  |      |                    |   |    |
| 視野                                   | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }                        |  |      |                    |   |    |
| 聴力                                   | 1 正常 2 障がいあり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }                        |  |      |                    |   |    |
| 知的能力等                                | 1 正常 2 知能低下等あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり }                      |  |      |                    |   |    |
| 操作方法                                 | 1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →                              |  |      |                    |   |    |
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>車<br>椅<br>子 | <input type="checkbox"/> 簡易型<br><input type="checkbox"/> 切替式 | 【交付要件】<br>平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者<br>○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者<br>○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者  |      |                    |   |    |
|                                      | <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<br><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<br><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つて、自立姿勢変換が困難な者等  |      |                    |   |    |
|                                      | <input 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<br><input 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   |  |      |                    |   |    |



| 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 軽合金 ステンレス  |
| 駆 動 輪  | 【径】 20 22 24 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<br>※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<br>※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   |
|  | ※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<br>※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  |
| 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<br>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<br>※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合 |
| 付 属 品  | <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( )  |
|  | <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"/> ホリエステル繊維、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"/> パルプ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 type="checkbox"/> クッション滑り止め  |
|  | <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 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"/> 点滴ボール  |
| <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <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        |  |
| <input 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   |  |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>作成医師氏名 印                  |  |

オーダーメイドの寸法

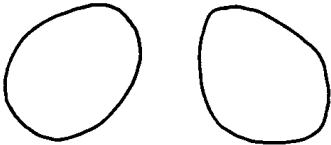
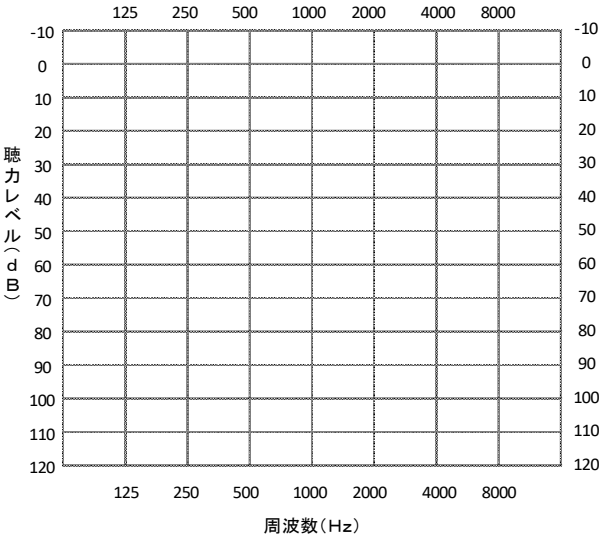


【記入上の留意事項】

(H28.06)

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項

補装具費支給要否意見書(補聴器)

|                                      |                                   |  |      |                    |   |  |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|------|--------------------|---|--|
| 氏名                                   |                                   | 男女   | 生年月日 | 年 月 日生             | 歳 |  |
| 住所                                   |                                   |  |      |                    |   |  |
| 障がい名                                 |                                   |  |      |                    |   |  |
| 原因となった<br>疾病・外傷名                     |                                   |  |      | 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<br>覚<br>障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況 | 聴力                                | 右 dB   | 左 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】 →   |      |                    |   |  |
|                                      |                                   |  <p style="text-align: right;">記入の仕方<br/>気導:右耳○ 左耳×<br/>骨導:右耳□ 左耳□</p> |      |                    |   |  |
| 語音明瞭度                                | 右 %                               |  | 左 %  |                    |   |  |
| 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                        |                                   |  |      |                    |   |  |

|   |  |   |   |                 |
|---|--|---|---|-----------------|
| 必<br>要<br>と<br>す<br>る<br>補<br>聴<br>器                      | 装用耳  | <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳<br>次の場合は、理由を記入すること。<br>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 |   |                 |
|   | <input 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  |   |   |                 |
| 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<br><b>【例示】</b> 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<br>②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者<br><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<br><input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音ができる<br><input type="checkbox"/> 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                 |
| 使用効果見込  |  |   |   |                 |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>作成医師氏名 印 |  |   |   |                 |

(H28.06)

## 【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

|   |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|---|-----------------------------|--|------------------|-----------|--------------------|------------|------------|------------------------------------|---|---|-----|--|
| 氏名  |                             |  | 男女               | 生年月日      | 年 月 日生             |            |            | 歳                                  |   |   |     |  |
| 住所  |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 障がい名  |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 原因となった<br>疾病・外傷名  |                             |  |                  |           | 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( )      |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 障がいの<br>状況  | 視力                          | 裸眼   |                  | 矯正        |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|   |                             | 右  | ( × D Cyl D Ax ) |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|   | 左                           | ( × D Cyl D Ax )   |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 現症  |                             |  | 右                |           |                    | 左          |            |                                    |   |   |     |  |
|   | 外眼                          |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|   | 中間透光体                       |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 眼底  |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| その他の所見  |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 必要とする<br>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<br>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<br>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<br>※ 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。<br>【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<br>③ 就学中の者、各種教養講座の受講者 |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 処方<br>内容  | <input type="checkbox"/> 遠用 | 球面レンズ<br>SPH   | 円柱レンズ<br>CYL     | 円柱軸<br>Ax | プリズム<br>PRISM      | 基底<br>BASE | 瞳孔距離<br>PD | 指示事項等<br>※遮光が必要な場合、<br>レンズを指定して下さい |   |   |     |  |
|   | <input type="checkbox"/> 近用 |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|   | 右                           |  |                  |           |                    |            |            | D                                  | D | ° | 屋外用 |  |
|   | 左                           |  |                  |           |                    |            |            | D                                  | D | ° | 屋内用 |  |
| 使用効果見込  |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医療機関名<br>所在地<br>診療科名<br>作成医師氏名 |                             |  |                  |           |                    |            |            |                                    |   |   |     |  |
|   |                             |  |                  |           |                    |            |            | 印                                  |   |   |     |  |

【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

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   |                                 | 男 女   | 生年月日   | 年 月 日生                              | 歳       |    |
| 住 所   |                                 |   |  |                                     |         |    |
| 障 が い 名   |                                 |   |  |                                     |         |    |
| 原因となった<br>疾病・外傷名  |                                 |   |  | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>疾病・先天性・その他( ) |         |    |
|   |                                 | 疾病・外傷発生年月日  |  | 年 月 日                               |         |    |
| 障<br>が<br>い<br>の<br>状<br>況  | 身<br>体<br>の<br>状<br>況           | 上肢機能  |  |                                     |         |    |
|   |                                 | 下肢機能  |  |                                     |         |    |
|   |                                 | 人工呼吸器装着 1 あり 2 なし   |  | 経管栄養・胃ろう造設 1 あり 2 なし                |         |    |
|   | 意<br>思<br>伝<br>達<br>の<br>状<br>況 | 音 声 機 能   | 1 可能 2 なんとか可能 3 不可能  |                                     |         |    |
|   |                                 |   | ※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。  |                                     |         |    |
|   |                                 | 言 語 機 能   | 1 可能 2 なんとか可能 3 不可能  |                                     |         |    |
|   |                                 | ※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。   |  |                                     |         |    |
| そ の 他   |                                 |   |  |                                     |         |    |
| 意思伝達装置<br>の 操 作 性   |                                 | 操 作 能 力<br>(知的能力等)  | 療育手帳の所持 1 あり ( A ・ B ) 2 なし  |                                     |         |    |
|   |                                 | 操作上利用可能<br>な身体能力  |  |                                     |         |    |
|   |                                 | 操 作 意 欲   |  |                                     |         |    |
| 意思伝達装置<br>の 必 要 性<br>(使用効果見込)   |                                 | 1 意思伝達装置でなくても良い(他で代用可能)<br>2 意思伝達装置が望ましい場合がある<br>3 意思伝達装置が望ましい<br>4 意思伝達装置でなければならない |  |                                     | (詳しい状況) |    |
| 借受け<br>(本体)   | 部品名                             |   |  |                                     | 期間      | か月 |
|   | 理由                              |   |  |                                     |         |    |
| 必 要 と す る 装 置   |                                 |   | 入 力 装 置 ( ス イ ッ チ ) の 種 類  |                                     |         |    |
| <input type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込)<br><input type="checkbox"/> 固定台(自立スタンド式) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具<br><input type="checkbox"/> 固定台(アーム式又はテーブル置き式)<br><input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 |                                 |   | <input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式<br><input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> タッチ式<br><input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部<br><input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式<br><input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式 |                                     |         |    |
| 上記のとおり意見します。<br>年 月 日<br>医 療 機 関 名<br>所 在 地<br>診 療 科 名<br>作成医師氏名  |                                 |   |  |                                     |         |    |
| 印   |                                 |   |  |                                     |         |    |

【記入上の留意事項】

(H30. 6)

- 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(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 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○またはレ印を付すこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - 難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がい の 進 行 に よ り、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。

# 判 定 書(補装具費)

障 総 第 号  
年 月 日

長 様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

|                       |                         |           |                 |            |
|-----------------------|-------------------------|-----------|-----------------|------------|
| 氏 名                   |                         | 生年月日      |                 | 歳          |
| 居 住 地                 |                         |           |                 |            |
| 判 定 年 月 日             | 年 月 日                   | 判 定 書 番 号 | 第 号             |            |
| 障 がい 名 又 は 疾 病 名      |                         |           |                 | 障 がい 等 級 級 |
| 総 合 判 定               |                         |           |                 |            |
| 医 学 的 判 定             | 障 がい 状 況                |           |                 |            |
|                       | 意 見                     |           |                 |            |
|                       | 使 用 効 果 見 込             |           |                 |            |
| 名 称 又 は 修 理 項 目       |                         |           | コ ー ド           |            |
| 処 方 内 容               | 名 称 ・ 基 本 構 造 ・ 付 属 品 等 |           |                 | 価 格        |
|                       |                         |           |                 |            |
| 概 算 額                 | 計                       |           |                 |            |
|                       | /100の額                  |           |                 |            |
| 適 合 判 定 ・ 確 認 実 施 方 法 | 検 収                     |           | 適 合 判 定 適 合 確 認 |            |

補 装 具 適 合 判 定 意 見 書

年 月 日

様

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

補装具費支給要否意見書を作成した下記の者にかかる補装具の適合判定を実施した結果は、以下のとおりです。

記

|         |   |  |     |
|---------|---|--|-----|
| 氏 名     |   |  | 男・女 |
| 住 所     |   |  |     |
| 補装具の名称  |   |  |     |
| 補装具製作者  |   |  |     |
| 適合判定実施日 |   |  |     |
| 適合判定の結果 | 1 処方のおり製作されており、適合状態は良好である。<br>2 下記の指摘事項あるも許容範囲であり、適合状態はほぼ良好である。<br>3 下記の適合不良個所があり、適合状態は不良である。 |  |     |
|         | 指<br>摘<br>事<br>項  |  |     |
|         | 不<br>良<br>個<br>所  |  |     |

特例補装具費支給申請理由書

|                   |              |    |      |   |
|-------------------|--------------|----|------|---|
| 氏名                |              | 男女 | 年月日生 | 歳 |
| 障がい名又は<br>疾病名     |              |    |      |   |
| 補装具の名称            |              |    |      |   |
| 特例補装具費<br>支給歴     | 支給年月         | 名称 |      |   |
|                   |              |    |      |   |
|                   |              |    |      |   |
|                   |              |    |      |   |
| 生活の状況等            | 1 職業(学年)     |    |      |   |
|                   | 2 ADL及び介護の状況 |    |      |   |
|                   | 3 生活の状況      |    |      |   |
| 特例補装具を<br>必要とする理由 |              |    |      |   |

|     |    |  |    |  |
|-----|----|--|----|--|
| 担当者 | 職名 |  | 氏名 |  |
|-----|----|--|----|--|

注1 製品の仕様や価格が分かるカタログ等を添付すること。  
 注2 支給歴の欄が足りない時は、適宜増やして記入すること。



様式第7号

判定依頼取下げ書（補装具費）

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

年 月 日付けの補装具費の判定依頼については、下記の理由により取り下げます。

記

1 氏 名

2 住 所

3 補装具の名称

4 取り下げ理由

診 断 書

|  |  |     |        |   |
|--|--|-----|--------|---|
| 氏 名  |  | 男 女 | 年 月 日生 | 歳 |
| 住 所  |  |     |        |   |
| 障がい名及び原因<br>となった疾病・外傷<br>名   |  |     |        |   |
| 補 装 具 の 名 称  |  |     |        |   |
| <p>障がい・疾病等の状況</p> <p>難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。</p> <p>1 難病等により、補装具が必要と認められる症状</p> <p>2 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等</p> <p>3 その他参考となる事項</p> |  |     |        |   |
| 使用効果見込み  |  |     |        |   |
| <p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>                         |  |     |        |   |

別表1 車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表

|                 |         |  |
|-----------------|---------|--|
| 判定<br>・判断<br>区分 | ◎ … 区分1 | センターの判定を必要とするもの(手押し型以外のレディメイドについては、市町村が意見書で判断してよいもの) |
|                 | ○ … 区分2 | 市町村が意見書により判断してよいもの                                   |
|                 | ● … 区分3 | 市町村が判断(意見書不要)  |

| 修 理 部 位  | 判定<br>・判断<br>区分 | 備 考  |
|--|-----------------|--|
| クッション交換  | ○               |  |
| 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及び立体編物構造のもの)交換 | ○               |  |
| クッション(ゲルとウレタンフォームの組合せのもの)交換                    | ○               |  |
| クッション(バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの)交換                 | ○               |  |
| クッション(特殊な空気室構造のもの)交換                           | ◎               |  |
| フローテーションパッド交換                                  | ○               |  |
| 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)交換                        | ○               |  |
| 背クッション交換                                       | ○               |  |
| クッションカバー(防水加工を施したもの)交換                         | ●               |  |
| クッション滑り止め部品交換                                  | ●               |  |
| バックサポート交換                                      | ●               |  |
| 延長バックサポート交換                                    | ○               |  |
| 枕交換  | ●               | オーダーメイド及びレディメイド                              |
| バックサポートパイプ交換                                   | ●               |  |
| バックサポートパイプ取付部品交換                               | ●               |  |
| 張り調整式バックサポート交換                                 | ○               |  |
| 高さ調整式バックサポート交換                                 | ○               |  |
| 背折れ機構部品交換                                      | ●               | サイズを小さくするという目的での大車輪脱着ハブとの同時加算は、慎重に必要性を判断すること |
| 背座間角度調整部品交換                                    | ○               |  |
| アームサポート(肘当て部分)交換                               | ●               |  |
| アームサポート(フレーム)交換                                | ●               |  |
| 高さ角度調整式アームサポート交換                               | ○               |  |
| 高さ調整式アームサポート(段階調整式)交換                          | ○               |  |
| 角度調整式アームサポート交換                                 | ○               |  |
| 跳ね上げ式アームサポート交換                                 | ●               |  |
| 脱着式アームサポート交換                                   | ●               |  |
| アームサポート拡幅部品交換                                  | ●               |  |
| アームサポート延長部品交換                                  | ●               |  |
| レッグサポート交換                                      | ●               |  |
| 脱着式レッグサポート交換                                   | ○               |  |
| 拳上式レッグサポート(パッド形状)交換                            | ○               |  |
| 開閉拳上式レッグサポート(パッド形状)交換                          | ○               |  |
| 開閉・脱着式レッグサポート交換                                | ○               |  |
| フットサポート交換                                      | ●               |  |
| フットサポート交換(前後調整)                                | ○               |  |
| フットサポート交換(角度調整)                                | ○               |  |
| フットサポート(左右調整)                                  | ○               |  |
| ヘッドサポートベース(マルチタイプ)交換                           | ○               |  |
| 座布交換   | ●               |  |

| 修理部位                      | 判定・判断区分 | 備考   |
|---------------------------|---------|--|
| 座張り調整部品交換                 | ○       |  |
| 座奥行き調整(スライド式)部品交換         | ○       |  |
| 座板交換                      | ○       |  |
| 座席昇降ハンドルユニット交換            | ●       |  |
| 座席昇降チェーン交換                | ●       |  |
| 座席昇降メカユニット交換              | ●       |  |
| フレーム(サイドベース)交換            | ●       |  |
| フレーム(サイド拡張)交換             | ●       |  |
| フレーム(サイド拡張)取付部品交換         | ●       |  |
| フレーム(折りたたみ)交換             | ●       |  |
| ブレーキ交換                    | ●       |  |
| キャリパーブレーキ交換               | ●       |  |
| フットブレーキ(介助者用)交換           | ●       |  |
| 延長用ブレーキアーム交換              | ●       |  |
| リフレクタ(反射器-夜光材)交換          | ●       |  |
| リフレクタ(反射器-夜光反射板)交換        | ●       |  |
| ハンドリム交換                   | ●       |  |
| 滑り止めハンドリム交換               | ●       |  |
| ノブ付きハンドリム交換               | ●       |  |
| キャスター(大)交換                | ●       |  |
| キャスター(小)交換                | ●       |  |
| 屋外用キャスター(エア式等)交換          | ●       |  |
| リーム交換                     | ●       |  |
| 車軸位置調整部品交換                | ◎       |  |
| 大車輪脱着ハブ交換 (クイックリリース)      | ●       | サイズを小さくするという目的での背折れ機構との同時加算は、慎重に必要性を判断すること |
| サイドガード交換                  | ●       |  |
| タイヤ交換                     | ●       |  |
| ノーパンクタイヤ交換                | ●       |  |
| チューブ交換                    | ●       |  |
| シートベルト交換                  | ●       |  |
| テーブル交換                    | ●       |  |
| スポークカバー交換                 | ●       |  |
| 塗装                        | ●       |  |
| ハブ取付部品交換                  | ●       |  |
| キャスター取付部品交換               | ●       |  |
| ハブ用スプリング交換                | ●       |  |
| ステッキホルダー(杖たて)交換           | ●       |  |
| 泥よけ交換                     | ●       |  |
| 転倒防止装置交換                  | ●       |  |
| 転倒防止装置交換(キャスター付き折りたたみ式)交換 | ●       |  |
| 携帯用会話補助装置搭載台交換            | ●       |  |
| 酸素ボンベ固定装置交換               | ●       |  |
| 人工呼吸器搭載台交換                | ●       |  |

| 修 理 部 位           | 判定<br>・判断<br>区分 | 備 考 |
|-------------------|-----------------|-----|
| 栄養パック取り付け用ガートル架交換 | ●               |     |
| 点滴ポール交換           | ●               |     |
| シリンダー用レバー交換       | ●               |     |
| メカロック交換           | ●               |     |
| ティルト用ガスダンパー交換     | ●               |     |
| ワイヤー交換            | ●               |     |
| ガスダンパー交換          | ●               |     |
| 幅止め交換             | ●               |     |
| 高さ調整式手押しハンドル交換    | ●               |     |
| 車載時固定用フック交換       | ●               |     |
| 日よけ(雨よけ)部品交換      | ●               |     |
| 6輪構造部品交換          | ◎               |     |
| 成長対応型部品交換         | ○               |     |
| 痰吸引器搭載台交換         | ●               |     |

(注意)

- ・再支給する車椅子を製作するにあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、上記の「判定・判断区分」を適用する
- ・車椅子を修理するにあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、上記の「判定・判断区分」を適用する
- ・再支給、修理により車椅子等の名称が変わる場合は◎
- ・修理部位が◎や○であっても、老朽化等により、全く同じ部品と交換する場合には●

別表2

## 補装具判定・判断基準

|   |   |   |
|---|---|---|
| I | 義 | 肢 |
|---|---|---|

## 1 義 手

|         |  |   |
|---------|--|---|
| 基本的要件   | 上肢切断又は先天性の欠損があり、義手の装着により日常生活能力や作業能力の改善が図られる者(難病患者等を含む)。<br>注意: 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって判断すること。(以下同様)  |   |
| 名称      | 個 別 要 件 等  |   |
| 肩 義 手   | ○ 肩甲胸郭間切断者 ○ 肩関節離断者  |   |
| 上 腕 義 手 | ○ 上腕切断者  |   |
| 肘 義 手   | ○ 肘関節や肘関節の近位での切断者  |   |
| 前 腕 義 手 | ○ 前腕切断者  |   |
| 手 義 手   | ○ 手関節離断又は手根部を残した手部の切断者   |   |
| 手 部 義 手 | ○ 中手骨部(手掌部)切断者   |   |
| 手 指 義 手 | ○ 指切断者   |   |
| 型 式     | 装飾用  | ○ 基本的要件を満たす者                                  |
|         | 作業用  | ○ 職場及び家庭で重作業を行う者                              |
|         | 能動式  | ○ 職場及び家庭で作業を行う者で、医療機関等において装着訓練を受けているか、受ける予定の者 |
| @       | 1 短断端若しくは長断端等により、標準断端の義手に対応できない場合、近位若しくは遠位の義手が処方される。<br>2 必要に応じて装飾用と作業用、若しくは装飾用と能動式の併給が可能である。<br>3 能動式について、ハンド型とフック型の併給はできない。(完成用部品の交換で対応)<br>4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。 |   |

## 2 義 足

|             |  |              |
|-------------|--|--------------|
| 基本的要件       | 下肢切断又は先天性の欠損があり、義足の装着により歩行能力や作業能力の改善が図られる者(難病患者等を含む)。  |              |
| 名称          | 個 別 要 件 等  |              |
| 股 義 足       | ○ 骨盤切断者 ○ 股関節離断者   |              |
| 大 腿 義 足     | ○ 大腿切断者  |              |
| 膝 義 足       | ○ 膝関節離断者   |              |
| 下 腿 義 足     | ○ 下腿切断者 ○ サイム切断者   |              |
| 果 義 足       | ○ ピロゴフ切断、ボイド切断等、果の下から踵にかけての切断者   |              |
| 足 根 中 足 義 足 | ○ ショパール切断、リスフラン切断、中足骨部切断等、踵から前足部にかけての切断者   |              |
| 足 指 義 足     | ○ 足指切断者  |              |
| 型 式         | 常用   | ○ 基本的要件を満たす者 |
|             | 作業用  | ○ 特殊な作業をする者  |
| 備 考         | 1 短断端若しくは長断端等により、標準断端の義足に対応できない場合、近位若しくは遠位の義足が処方される。<br>2 必要に応じて常用と作業用の併給が可能である。<br>3 作業の内容により鉄脚及びドリル足部の必要がない場合も作業用とみなす。<br>4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。 |              |

|   |     |
|---|-----|
| Ⅱ | 装 具 |
|---|-----|

### 1 下肢装具・靴型装具

|           |   |
|-----------|---|
| 基 本 的 要 件 | 下肢に障がいがあり、装具の装用により歩行能力の改善や変形の矯正が図られる者(体幹機能障がい3級以上で歩行が困難な者及び難病患者等を含む)。   |
| 名 称       | 個 別 要 件 等   |
| 股 装 具     | ○ 股関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者   |
| 長 下 肢 装 具 | ○ 膝関節、足関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者<br>○ 膝関節、足関節に加え、股関節にも異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者<br>○ 股関節、大腿骨、膝関節の何れかに異常があるため、下肢への体重負荷が難しい者   |
| 膝 装 具     | ○ 膝関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者   |
| 短 下 肢 装 具 | ○ 足関節、足部に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者<br>○ 下腿骨に異常があり、下腿への体重負荷が難しい者   |
| ツ イ ス タ ー | ○ 下肢に内旋又は外旋変形がある者、又は歩行時に内旋又は外旋が出現する者  |
| 足 底 装 具   | ○ 足部に変形、痛みなどがある者<br>○ 足部に異常はないが、O脚・X脚などがあり下肢がアライメント不良の者<br>○ 下肢に短縮がある者  |
| 靴 型 装 具   | ○ 足関節、足部に異常運動、筋力低下、変形、痛み等があり靴型装具によって改善される者<br>○ 足関節、足部に異常はないが、O脚・X脚などがあり下肢がアライメント不良の者<br>○ 下肢に短縮がある者  |
| 備 考       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 基本的には採寸で製作可能な装具は採寸で製作する。障がいの状態や製作材料により、採寸では難しい場合に採型とする。</li> <li>2 装具の上から装用する靴型装具は患足の靴型装具として処方される。</li> <li>3 患足の尖足補正等の結果、健足に大幅な仮性短縮が生じて2cmを超える補高が必要になった場合は、健足側も患足の靴型装具として処方される。</li> <li>4 長靴の靴型装具は、障がいの状況や職業上必要とされる場合などに処方され、単に装飾の目的などの場合は除かれる。</li> </ol> |

### 2 体幹装具

|             |  |
|-------------|--|
| 基 本 的 要 件   | 体幹に障がいがあり、歩行能力の改善や坐位の安定性、耐久性の向上、変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。 |
| 名 称         | 個 別 要 件 等  |
| 頸 椎 装 具     | ○ 頸椎に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者                             |
| 胸 椎 装 具     | ○ 上部腰椎又は胸椎に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者                       |
| 腰 椎 装 具     | ○ 下部腰椎、腰仙関節に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者                      |
| 仙 腸 装 具     | ○ 仙腸関節に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者                           |
| 側 彎 矯 正 装 具 | ○ 脊椎に側彎がある者  |

### 3 上肢装具

|             |  |
|-------------|--|
| 基 本 的 要 件   | 上肢に障がいがあり、作業能力の改善や変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。 |
| 名 称         | 個 別 要 件 等                                |
| 肩 装 具       | ○ 肩関節に筋力低下、変形などがある者                      |
| 肘 装 具       | ○ 肘関節に筋力低下、変形などがある者                      |
| 手 背 屈 装 具   | ○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者                    |
| 長 対 立 装 具   | ○ 手関節母指に筋力低下、変形などがある者                    |
| 短 対 立 装 具   | ○ 母指に筋力低下、変形などがある者                       |
| 把 持 装 具     | ○ 全手指に高度な筋力低下がある者で、把持装具を使うことができる者        |
| M P 屈 曲 装 置 | ○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮などがある者              |
| M P 伸 展 装 置 | ○ 示指～小指のMP関節に屈曲拘縮がある者                    |
| 指 装 具       | ○ 指のDIP、PIP関節に過伸展、伸展拘縮あるいは屈曲拘縮がある者       |
| B . F . O . | ○ 上肢に高度な筋力低下がある者で、B. F. O. を使うことができる者    |

### Ⅲ 座 位 保 持 装 置

|           |   |
|-----------|---|
| 基 本 的 要 件 | 体幹や下肢に障がいがあるため、自力で座位姿勢を保持できない者又は長時間の座位による姿勢保持が困難で姿勢の補正が自力で不可能な者で、座位保持装置を使用することにより、自力での座位保持が可能になり、座位の耐久性・安定性の向上が図られる者(難病患者等を含む)。 |
|-----------|---|



**IV 車椅子・電動車椅子**

**1 車椅子**

| 基本的要件         |   | 下肢(原則2級以上)・体幹(原則3級以上)・平衡・呼吸器・心臓機能障がい・難病等のため歩行障がいがあつて、義肢・装具・杖等他の補装具を使用しても歩行が困難な者。  |
|---------------|---|---|
| 名称            | 個別要件等   |   |
| ※ 普通型         | 自力操作できる者  | ○ 基本的要件を満たす者  |
| 手動リフト式<br>普通型 |   | ○ リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者<br>※ 自力乗降が不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、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。   |
| ※ 前方大車輪型      |   | ○ 肩関節等に運動制限、筋力低下などがあり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者  |
| ※ 片手駆動型       |   | ○ 障がい状況が片麻痺等で、健肢に相当程度の握力があり効果的に操作可能な者   |
| レバー駆動型        |   | ○ 片麻痺等で上肢機能障がいがあるため、両上肢による駆動が困難な者   |
| ※ 手押し型        | ○ 障がい状況から車椅子操作が難しく、移動は主に介助者による者<br>○ 認知力その他の障がいにより、安全な車椅子操作が難しい者<br>○ その他上記に準ずる障がい状況と診断される者 |   |
| 仕様            | リクライニング式<br>(上記※はリクライニング式の選択可)  | 次のいずれかに該当する障がい者であること<br>○ 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により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のある者<br>○ リウマチ性の障がい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のある者<br>○ 股関節拘縮や強直がある者 |
|               | テイルト式<br>(普通型と手押し型、及びそれらのリクライニング式の選択可)  | 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   |
|               | オーダーメイド   | ○ 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しない者<br>○ 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要な者   |
|               | レディメイド  | JIS規格の既製品で対応可能な者  |

**【 付 属 品 】**

| 名称  |                         | 個別要件等  |   |
|-----|-------------------------|--|---|
| 付属品 | クッション                   | (ア)(イ)(ウ)(エ)   | ○ 軽・中等等の知覚障がいがある者<br>○ 皮膚が弱い、または臀部の軟部組織が薄いためクッションを必要とする者<br>○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者 |
|     |                         | ※ (ア)クッション (イ)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<br>(ウ)ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの<br>(エ)バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの → 障がいの状況に応じて必要なものが処方される。 |   |
|     | 特殊空気室構造                 | ○ 感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待されない者   |   |
|     | 背クッション                  | ○ 背部の褥瘡危険性がある者 軽度の座位困難性があり、座位保持に必要な場合  |   |
|     | 特殊クッション<br>(骨盤・大腿部サポート) | ○ 座位保持が困難で臀部・大腿部形状に沿った形状のクッションが必要な者  |   |
|     | クッションカバー<br>(防水加工を施した者) | ○ 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者  |   |
|     | クッション滑り止め               | ○ 足こぎ操作や、移乗動作によりクッションのズレが頻繁に生ずる者   |   |
| 品   | フローテーションハット             | ○ 高度の知覚障がいがある者<br>○ 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者<br>○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧ができない者   |   |
|     | 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者  |
|     |                         | 枕  | ○ 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   |
|     |                         | 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   |
|     |                         | 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  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| アームサポート   | 高さ角度調整式   | ○ 上肢の筋力低下、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 |
|   | 高さ調整式<br>(段階調整式)  | ○ 上肢の筋力低下、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                             |
|   | 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  |
|   | 跳ね上げ式<br>及び脱着式  | ○ 移乗動作時に必要な者   |
|   | 拡張  | ○ 上肢筋力低下により、肘が落ちやすい者   |
|   | 延長  | ○ リクライニング時に肘が落ちる者  |
| レックサポート   | 脱着式   | ○ 足こぎが主な操作手段の者 移乗動作時に必要な者  |
|   | 拳上式及び<br>開閉拳上式  | ○ 膝関節の屈曲制限がある者   |
|   | 開閉・脱着式  | ○ 移乗動作時に必要な者   |
| フットサポート<br>前後・角度・左右調整   | ○ 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に乗車する者等  |  |
| ヘッドサポートベース  | ○ 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 リクライニング、ティルト機構を有する車椅子には必要                       |  |
| シートベルト  | ○ 体幹の支持性が低下し、座位が不安定な者   |  |
| 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者<br>○ その他、日常生活や職業上テーブルを必要とする者                 |  |
| スポークカバー   | ○ 上肢機能障がいまたは知的能力の低下等があるため必要とする者   |  |
| リフレクタ   | ○ 夜間(薄暮)時の走行を必要とする者   |  |
| ステッキホルダー  | ○ 車椅子から移動(乗降)する際、杖がないと歩行等が困難であるため、ステッキホルダーを取り付ける必要がある場合                           |  |
| 泥よけ   | ○ 大車輪をカバーする泥よけを取り付ける必要がある場合   |  |
| 屋外用キャスター<br>(エア式等)  | ○ 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ため、エアキャスター等に取り替える必要がある場合                   |  |
| 転倒防止装置  | キャスター無し   | ○ 後方へ転倒することを防止するため、転倒防止用装置を取り付ける必要がある場合                          |
|   | キャスター付き<br>折りたたみ式   | ○ 頻繁に段差を介助する際等   |
| 滑り止めハンドリム   | ○ 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に代える必要がある場合                                 |  |
| キャリパーブレーキ   | ○ 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<br>○ 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 |  |
| フットブレーキ   | ○ 手押し型車椅子にフットブレーキを取り付ける必要がある場合(介助者用)  |  |
| 携帯用会話補助装置搭載台  | ○ 携帯用会話補助装置を必要とする音声・言語機能障がい者が、取り付ける必要がある場合  |  |
| 酸素ボンベ固定装置   | ○ 酸素ボンベを必要とする呼吸器機能障がい者が、取り付ける必要がある場合  |  |
| 人工呼吸器搭載台  | ○ 人工呼吸器を必要とする呼吸器機能障がい者が、取り付ける必要がある場合  |  |
| 栄養パック取付用<br>ガードル架   | ○ 経管栄養により食事を摂取している者が、車椅子座位にて食事を行うために必要とする場合                                       |  |
| 点滴ポール   | ○ 車椅子使用者が点滴を受けるため、取り付ける必要がある場合  |  |
| 車載時固定用フック   | ○ 車載固定等   |  |
| 日よけ(雨よけ)  | ○ 雨天外出が多い者 直射日光に弱い者 傘ホルダー等  |  |
| 成長対応型加算   | ○ 購入時に大幅な変更が見込まれる者等   |  |
| 痰吸引器搭載台   | ○ 痰吸引器を常時使用する必要がある者   |  |
| ※ 付属品のうち、クッション(バルブを開閉するだけで空気を調節するもの及び特殊な空気室構造のものに限る)及びフローテーションパットについて、車椅子の補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。 |   |  |

## 2 電動車椅子

|  |         |  |
|--|---------|--|
| <b>基本的要件</b>   |         | <p>下記要件のすべて(①については、1のアイ又は2の何れかに該当すればよい)を満たす重度の歩行困難者で、電動車椅子の使用により自立と社会参加の促進が図れる者</p> <p>①-1 重度の下肢機能障がい者(原則として下肢機能障がい2級以上又は体幹機能障がい3級以上)で</p> <p>ア 上肢機能障がいがあるため手動車椅子の使用が不可能な者又は操作が著しく困難な者</p> <p>イ 上肢機能障がいはないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車椅子を使用しなければ日常生活の自立と社会参加の促進が図れない者</p> <p>-2 呼吸器機能障がい、心臓機能障がい、難病等によって歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能な者</p> <p>② 視野、視力、聴力等に障がいを有しない者又は障がいを有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者</p> <p>③ 歩行者として、必要最小限の交通規則を理解している者</p> <p>④ 電動車椅子の操作を円滑にできる者</p> <p>[参考] 難病患者等に対する電動車椅子の支給について<br/>症状の悪化を防止するという観点も踏まえ、車椅子ではなく、電動車椅子を認めるといった配慮が必要。(身体障がい者も同様。)</p> |
| 名 称  |         |  |
| 普通型  | 4.5km/H | <input type="radio"/> 基本的要件を満たす者   |
|  | 6.0km/H | <input type="radio"/> 周囲の環境に合わせ、速度調整ができる者  |
| 簡易型  |         | <input type="radio"/> 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者   |
|  | アシスト式   | <input type="radio"/> アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者   |
|  | 切替式     | <input type="radio"/> アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者  |
| ※ 平坦路の手動自走が不可能な者であっても、障がい状況や職業上、教育上、日常生活上の必要性を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、切替式の交付対象とする |         |  |
| リクライニング式普通型  |         | <input type="radio"/> 頸髄損傷者で座位姿勢の持続により低血圧発作を起こしやすいため、随時に仰臥姿勢をとる必要のある者<br><input type="radio"/> 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者<br><input type="radio"/> 股関節拘縮や強直がある者   |
| 電動リクライニング式普通型  |         | <input type="radio"/> 上記リクライニング式の要件を満たし、かつ、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の操作が可能となる者   |
| 電動ティルト式普通型   |         | <input type="radio"/> 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で、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   |         | <input type="radio"/> 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とティルト操作が可能となる者   |
| 電動リフト式普通型  |         | <input type="radio"/> 手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者<br>※ 自力乗降が不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、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。   |

【 付 属 品 】

| 名 称                    |   | 個 別 要 件 等 |
|------------------------|---|-----------|
| 付<br>属<br>品            | バックサポート   | ○ 車椅子に同じ  |
|                        | アームサポート   |           |
|                        | ヘッドサポート   |           |
|                        | シートベルト  |           |
|                        | テーブル  |           |
|                        | クッション   |           |
|                        | フローテーションパッド   |           |
|                        | リフレクタ   |           |
| 開閉・脱着式<br>レッグサポート      | ○ 移乗動作時に必要な者  |           |
| 外部充電器                  | ○ 必要に応じ処方される  |           |
| コントローラ等                |   |           |
| クライマーセット<br>フロントサブホイール | ○ 電動車椅子で電車等に乗降する際等、乗降時の脱輪・転倒を防止するため、クライマーセット等が必要である場合 |           |
| 付<br>属<br>品            | ステッキホルダー  | ○ 車椅子に同じ  |
|                        | 転倒防止装置  |           |
|                        | 携帯用会話補助装置搭載台  |           |
|                        | 酸素ボンベ固定装置   |           |
|                        | 人工呼吸器搭載台  |           |
|                        | 栄養パック取付用<br>ガードル架                                     |           |
|                        | 点滴ポール   |           |
|                        | 車載時固定用フック   |           |
|                        | 日よけ（雨よけ）  |           |
|                        | 成長対応型加算   |           |
|                        | 痰吸引器搭載台   |           |

|   |            |
|---|------------|
| V | その他肢体不自由者用 |
|---|------------|

### 1 歩行器

|       |  |  |
|-------|--|--|
| 基本的要件 | 下肢や体幹、平衡機能障がいがあり杖などでは歩行能力の改善が見込まれない者で、歩行器の支持で自立移動ができる者(難病患者等を含む)。                    |  |
| 名称    | 個別要件等  |  |
| 六輪型   | ○ 四肢・体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、他の歩行器では安定走行に支障がある者又は室内の環境等により狭い場所での旋回が必要となる者             |  |
| 四輪型   | 腰掛つき   | ○ 四肢、体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、肘掛けと腰掛けが必要な者 |
|       | 腰掛なし   | ○ 四肢、体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、肘掛けを必要とする者   |
| 三輪型   | ○ 下肢、体幹の筋力低下などがあるが、上肢機能は比較的保たれておりハンドルを握ることでバランスが保たれ、速度調整などを安全にできる者                   |  |
| 二輪型   | ○ 四点の支持で安定が得られる者で、上肢の筋力低下等があり、軽い抵抗で操作できる者  |  |
| 固定型   | ○ 下肢への荷重は難しいが上肢機能が比較的良く、四点支持により直立姿勢を保てる者   |  |
| 交互型   | ○ 体幹の障がいがある者で、体幹の回旋運動に乏しく歩行パターンの獲得を必要とする者<br>○ 下肢への荷重は難しいが上肢機能が比較的良く、四点支持にて直立姿勢を保てる者 |  |

### 2 歩行補助つえ

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| 基本的要件       | 下肢や体幹、平衡機能障がいがあり、歩行能力の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。                     |  |
| 名称          | 個別要件等  |  |
| ロフストラントクラッチ | ○ 歩行能力の改善のために軽い支持を必要とする者                                       |  |
| 松葉づえ        | ○ 歩行能力の改善のために腋下支持を必要とする者                                       |  |
| カナディアンクラッチ  | ○ 歩行能力の改善のために支持を必要とするが、肘関節の伸展筋力の低下のため、ロフストラントクラッチや松葉づえの使用が困難な者 |  |
| 多点杖         | ○ 中枢神経麻痺等で歩行が比較的高度に障がいされ、他の歩行補助つえでは歩行能力が改善されない者                |  |
| プラットホーム杖    | ○ リウマチ等で握力が極端に弱く、手首に負担をかけられないために前腕や肘での支持を必要とする者                |  |

|    |         |
|----|---------|
| VI | 視覚障がい者用 |
|----|---------|

### 1 視覚障害者安全つえ

|           |   |
|-----------|---|
| 基 本 的 要 件 | 視力の低下や視野狭窄により、視覚障害者安全つえがなければ歩行の安全を図れない者   |
| 名 称       | 個 別 要 件 等                                 |
| 普 通 用     | ○ 視力の低下、視野狭窄がある者                          |
| 携 帯 用     | ○ 持ち運びに使用する必要がある者                         |
| 身体支持併用    | ○ 視覚障がいに加え、下肢障がい等があり、主に身体を支えながら歩行する必要がある者 |

### 2 義 眼

|           |  |
|-----------|--|
| 基 本 的 要 件 | 無眼球や眼球萎縮のため義眼を必要とする者で、義眼の装着により容姿の改善が図られる者(難病患者等を含む)。 |
| 名 称       | 個 別 要 件 等  |
| レ ディメイド   | ○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適する者                               |
| オ ー ダーメイド | ○ 眼窩の状態が普通義眼(既製品)に適合しない者                             |

### 3 眼 鏡

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| 基 本 的 要 件       | 視覚障がいがあり眼鏡の装用により日常生活が改善される者(難病患者等を含む)。 |  |
| 名 称             | 個 別 要 件 等                              |  |
| 矯 正 用           | 遮 光 用                                  | ○ 視力の矯正に加え、遮光用としての機能を必要とする者  |
|                 | 前 掛 式                                  | <p>○ 以下の要件を満たす者。</p> <p>1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。</p> <p>2) 羞明を来していること。</p> <p>3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと。</p> <p>4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。</p> <p>※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・まぶしさや白んだ感じが軽減する</li> <li>・文字や物などが見やすくなる</li> <li>・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する</li> <li>・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる</li> </ul> <p>※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。</p> |
| 遮 光 用           | 掛 け め が ね 式                            |  |
| コ ン タ ク ト レ ン ズ |  | ○ 強度の屈折異常もしくは角膜白斑などで視力低下があり、コンタクトレンズにて良好な視力が得られる者  |
| 弱 視 用           | 掛 け め が ね 式                            | <p>○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者</p> <p>※ 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。</p> <p>【例示】</p> <p>① 現に就労中の者(求職中の者を含む)</p> <p>② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者</p> <p>③ 就学中の者や各種教養講座の受講者</p>   |
|                 | 焦 点 調 節 式                              |  |
| 備 考             |  | <p>二具支給は、医学的及び日常生活上真に必要な場合認められる。</p> <p>例)</p> <p>① 遠用と近用の矯正用 ② 屋内用・屋外用の遮光用(矯正用で遮光の機能が必要な場合を含む)</p> <p>③ 円錐角膜や高度の白内障術後無水晶体眼など、障がいの状況上、矯正用とコンタクトレンズを同時に使用しないと矯正が困難な場合</p> <p>④ 矯正用で矯正視力が得られる弱視者で、弱視用と矯正用を使い分けする必要がある者</p>   |

**VII 聴覚・音声言語障がい者用**

**1 補聴器**

|       |                              |   |                                  |
|-------|------------------------------|---|----------------------------------|
| 基本的要件 |                              | 聴覚に障がいがあり、高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者で、補聴器の装用により聴能の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。<br>※中軽度補聴器は補装具費の対象外である。  |                                  |
| 名称    |                              | 個別要件等   |                                  |
| 高度難聴用 | ポケット型<br>耳かけ型                | ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者  | ○ 必要に応じて選択可能                     |
|       | 耳あな型<br>レディメイド <sup>1</sup>  | ○ 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<br>【例示】<br>① 耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型使用が困難な者<br>② 主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者                                |                                  |
|       | 耳あな型<br>オーターマイト <sup>2</sup> |   | ○ 障がいの状況、耳の形状等レディメイドでは対応不可能な者に限る |
|       |                              |   |                                  |
| 重度難聴用 | ポケット型<br>耳かけ型                | ○ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者  | ○ 必要に応じて選択可能                     |
|       | 耳かけ型<br>FM型                  |   | ○ 教育上、職業上、社会生活上特にFM型を必要とする者      |
| 骨導式   | ポケット型                        | ○ 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   |                                  |
|       | 眼鏡型                          |   | ○ 職業上、教育上、社会活動上必要な者<br>○ 眼鏡使用の者  |
| 付属品   | イヤモールド <sup>3</sup>          | ○ 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい者<br>○ 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある者<br>○ 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる場合<br>※ 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要がある場合は、センターの判定が必要である。 |                                  |
| 備考    |                              | 1 両耳による最高語音明瞭度が50%以下の者で、補聴器にて語音明瞭度の改善が図られる場合は、高度難聴用等の補聴器の対象となる。<br>2 職業上、教育上特に必要とする場合は、両耳装用が認められる。                                    |                                  |

**2 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置修理)**

|       |   |
|-------|---|
| 基本的要件 | 人工内耳装用者のうち、医師が当該人工内耳音声信号処理装置の修理が必要であると判断している者   |
| 備考    | ○ 対象機器の範囲<br>人工内耳用音声信号処理装置(標準型・残存聴力活用型)のみ<br>※以下に掲げる機器は対象外である。<br>ア 人工内耳用インプラント<br>イ 人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等)<br>ウ 人工内耳用音声信号処理装置の電池<br>※新機種を使用したい等、本人の選好による機器の交換は対象外である。<br>※人工内耳用材料が破損した場合等の交換は医療保険給付の対象である。 |

**Ⅷ 重度障害者用意思伝達装置**

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>基本的要件</p>                        | <p>重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。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。</p> <p>[参考] 難病患者等に対する重度障害者用意思伝達装置について<br/>特に筋委縮性側索硬化症等の進行性疾患においては、判定時の身体状況が必ずしも支給要件に達していない場合であっても、急速な進行により支給要件を満たすことが確実と診断された場合には、早期支給を行うといった配慮が必要。(身体障がい者も同様。)</p> |
| <p>名 称</p>                          | <p>個 別 要 件 等</p>  |
| <p>文字等走査入力方式(簡易なもの)</p>             | <p>操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、もしくはモバイル使用を希望する者。</p>  |
| <p>文字等走査入力方式(簡易な環境制御機能が付加されたもの)</p> | <p>独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。</p>  |
| <p>文字等走査入力方式(高度な環境制御機能が付加されたもの)</p> |   |
| <p>文字等走査入力方式(通信機能が付加されたもの)</p>      | <p>通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。</p>  |
| <p>生体現象方式</p>                       | <p>筋活動(まばたきや呼吸等)による機器操作が困難な者。</p>   |