

新	旧
<p style="text-align: center;">福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター</p> <p>1 (省略)</p> <p>2 要否判定の区分</p> <p>(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</p> <p>ア 新規支給</p> <p>義肢、装具、<u>姿勢</u>保持装置、補聴器、車椅子（<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>）、電動車椅子（<u>標準形</u>）、電動車椅子（簡易形）及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給</p> <p>イ 再支給</p> <p>(i) 骨格構造義肢、電動車椅子（<u>標準形</u>）及び電動車椅子（簡易形）に係るすべての再支給</p> <p>(ii) 殻構造義肢、装具、<u>姿勢</u>保持装置、補聴器、車椅子（<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>）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（<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>）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。）</p> <p>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。</p> <p>ウ 修理</p> <p>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（<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>）及び電動車椅子（簡易形）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。）</p> <p>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をいう。</p> <p>(2) センターの判定を必要としない補装具</p> <p>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<u>2-1の(4)のイ</u>に定める医師並びに<u>保健所の医師又は難病法第6条第1項に基づく</u>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</p>	<p style="text-align: center;">福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領</p> <p style="text-align: center;">福島県障がい者総合福祉センター</p> <p>1 (省略)</p> <p>2 要否判定の区分</p> <p>(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</p> <p>ア 新規支給</p> <p>義肢、装具、<u>座位</u>保持装置、補聴器、車椅子（<u>オーダーメイド</u>）、電動車椅子（<u>普通型</u>）、電動車椅子（<u>簡易型</u>）及び重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給</p> <p>イ 再支給</p> <p>(i) 骨格構造義肢、電動車椅子（<u>普通型</u>）及び電動車椅子（<u>簡易型</u>）に係るすべての再支給</p> <p>(ii) 殻構造義肢、装具、<u>座位</u>保持装置、補聴器、車椅子（<u>オーダーメイド</u>）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（<u>オーダーメイド</u>）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。）</p> <p>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。</p> <p>ウ 修理</p> <p>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（<u>オーダーメイド</u>）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。）</p> <p>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をいう。</p> <p>(2) センターの判定を必要としない補装具</p> <p>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<u>(1)の①のイ</u>に定める医師並びに<u>指針第2の2の(1)の③</u>に定める保健所の医師又は難病法第6条第1項に<u>規定する</u>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</p>

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧
<p>見書」という。) で判断できる補装具</p> <p>(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。)</p> <p>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。</p> <p>(i) 車椅子 (<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>) 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。)</p> <p>(ii) 電動車椅子 (簡易形) 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。)</p> <p>(e) 車椅子 (<u>レディメイド式自走用及びレディメイド式介助用かつ機構加算のあるもの</u>) 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。)</p>	<p>見書」という。) で判断できる補装具</p> <p>(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。)</p> <p>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。</p> <p>(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。)</p> <p>(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。)</p> <p>(e) 車椅子 (<u>手押し型以外のレディメイド</u>) 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。)</p>
<p>イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具</p> <p>(7) 視覚障害者安全つえ、歩行補助つえ、車椅子 (<u>レディメイド式介助用のうち機構加算のないもの</u>) の新規支給、再支給又は修理</p> <p>(i) 殻構造義肢、装具、<u>姿勢</u>保持装置、車椅子 (<u>上記(7)以外の車椅子</u>)、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。)</p> <p>(ii) (省略)</p>	<p>イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具</p> <p>(7) 視覚障害者安全つえ、歩行補助つえ、車椅子 (<u>手押し型のレディメイド</u>) の新規支給、再支給又は修理</p> <p>(i) 殻構造義肢、装具、<u>座位</u>保持装置、車椅子 (<u>オーダーメイド及び手押し型以外のレディメイド</u>)、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。)</p> <p>(ii) (省略)</p>
<p>3 要否判定・判断の方法</p> <p>(i) センターが行う要否判定</p> <p>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。</p> <p>ア 相談会判定のみ行う補装具</p> <p>骨格構造義肢、電動車椅子 (<u>標準形</u>) 及び電動車椅子 (簡易形)</p> <p>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</p> <p>殻構造義肢、装具、<u>姿勢</u>保持装置、車椅子 (<u>モジュラー式及びオーダーメイド式</u>) 及び重度障害者</p>	<p>3 要否判定・判断の方法</p> <p>(i) センターが行う要否判定</p> <p>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。</p> <p>ア 相談会判定のみ行う補装具</p> <p>骨格構造義肢、電動車椅子 (<u>普通型</u>) 及び電動車椅子 (簡易型) (<u>電動車椅子については、イに掲げる場合を除く。</u>)</p> <p>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</p> <p>殻構造義肢、装具、<u>座位</u>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</p>

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧
用意思伝達装置（必要に応じて実態調査を行う。）	<u>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</u> の理由で、 <u>同じ型式の電動車椅子について再支給する場合に限る。）</u> 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 （省略）	ウ （省略）
(2) （省略）	(2) （省略）
4 判定依頼	4 判定依頼
(1) 手続	(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。	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。	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。
<u>また、難病患者等に対する迅速判定（指針第2の2の2-3の(1)に規定する判定）の依頼を行うときは、判定依頼書等の必要書類に加え、迅速な支給が必要であると認められる医師の診断書を添付し、あらかじめセンターに連絡の上、速やかに判定依頼を行うこと。</u>	
ア ～ ウ （省略）	ア ～ ウ （省略）
エ 車椅子の寸法表（相談会判定の _____ 場合に限り、電動車椅子（簡易形）の本体車椅子を含む。様式は任意。）	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 ～ ク （省略）	オ ～ ク （省略）
(2) 意見書の様式	(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。	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 ～ オ （省略）	ア ～ オ （省略）
カ <u>姿勢</u> 保持装置 （様式第3号の6）	カ <u>座位</u> 保持装置 （様式第3号の6）
キ ～ コ （省略）	キ ～ コ （省略）
サ 電動車椅子（ <u>標準形</u> ） （様式第3号の8-1）	サ 電動車椅子 _____ （様式第3号の8-1）
シ 電動車椅子（簡易形） （様式第3号の8-2）	シ 電動車椅子（簡易型） （様式第3号の8-2）
ス ～ ソ （省略）	ス ～ ソ （省略）
5 ～ 6 （省略）	5 ～ 6 （省略）
7 検収	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、	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、

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧
<p>次により確認する。</p> <p>(1) 検収を行う補装具 センターが判定した義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子（レディメイド式を含む）</p> <p>(2) (省略)</p> <p>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。</p> <p>(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、姿勢保持装置、車椅子、電動車椅子（レディメイド式を含む）及び重度障害者用意思伝達装置 イ (省略)</p> <p>(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 (7) 意見書により要否判断を行って修理した電動車椅子（簡易形） (i) 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（レディメイド式自走用及びレディメイド式介助用かつ機構加算のあるもの）、義眼、眼鏡及び歩行器 (i) (省略)</p> <p>9 ～ 10 (省略)</p> <p>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。</p> <p>(1) 借受けの対象品目 ア 姿勢保持装置の完成用部品 イ ～ オ (省略)</p> <p>(2) ～ (3) (省略)</p>	<p>次により確認する。</p> <p>(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）</p> <p>(2) (省略)</p> <p>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。</p> <p>(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 (省略)</p> <p>(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 (7) 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） (i) 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 (i) (省略)</p> <p>9 ～ 10 (省略)</p> <p>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。</p> <p>(1) 借受けの対象品目 ア 座位保持装置の完成用部品 イ ～ オ (省略)</p> <p>(2) ～ (3) (省略)</p>

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧
<p>附則</p> <p>この要領は、平成18年10月1日から施行する。</p> <p>(省略)</p> <p>附則</p> <p><u>この要領は、令和6年6月1日から施行する。</u></p>	<p>附則</p> <p>この要領は、平成18年10月1日から施行する</p> <p>(省略)</p> <hr/> <hr/>

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

		新				
(参考) 判定・判断区分		判定・判断機関及び方法				
種目	判定区分	区分	センター	市町村 (意見書等)	市町村 (申請書等)	備考
義肢(骨格)	要否判定 (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(肢) 装具 姿勢保持装置	要否判定 (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 ①自走用レディメイド式 ②介助用レディメイド式で 機構加算のあるもの ③介助用レディメイド式で 機構加算のないもの	要否判定 (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 「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
電動車椅子 (標準形) (簡易形)	要否判定 (判断)	新規	◎			
		再支給	◎			
		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 「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)		◎		●	
義眼 眼鏡 歩行器	要否判定 (判断)	新規		○		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
		医学的所見を必要とする再支給・修理		○		2個支給の場合は、センターの判定が必要
		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 視覚障害者安全つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	
		適合判定(確認)			●	
補聴器	要否判定 (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 申請者が希望する場合…相談会 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要が生じた場合のイヤモールドの追加もこれに該当する
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
		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が、市町村による確認は必要
人工内耳 (人工内耳用音声信号処理装置修理)	要否判定 (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 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎ ○			原則…相談会(出席出来ない場合は訪問判定) 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

		旧				
(参考) 判定・判断区分		判定・判断機関及び方法				
種目	判定区分	区分	センター	市町村 (意見書等)	市町村 (申請書等)	備考
義肢(骨格)	要否判定 (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(肢) 装具 座位保持装置	要否判定 (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 オーダーメイド 手押し型以外レディメイド 手押し型レディメイド	要否判定 (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 「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
電動車椅子 (普通型) (簡易型)	要否判定 (判断)	新規	◎			
		再支給	◎ ○			修理不能となったことのみ理由で、同じ型式のものを再支給する場合は、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 「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(車椅子本体がオーダーメイドの場合のみ、それ以外は市町村による確認が必要)
義眼 眼鏡 歩行器	要否判定 (判断)	新規		○		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。 2個支給の場合は、センターの判定が必要
		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)			● ●	
歩行補助つえ 視覚障害者安全つえ	要否判定 (判断)	新規・再支給・修理			●	
		適合判定(確認)			●	
補聴器	要否判定 (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 申請者が希望する場合…相談会 補装具費支給後に生じた理由により追加する必要が生じた場合のイヤモールドの追加もこれに該当する
		医学的所見を必要としない再支給・修理			●	
		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が、市町村による確認は必要
人工内耳 (人工内耳用音声信号処理装置修理)	要否判定 (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 意思伝達装置	要否判定 (判断)	新規	◎ ○			原則…相談会(出席出来ない場合は訪問判定) 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

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧																																																						
様式第2号の1 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 補装具費支給に係る借受けに関する調査書																																																						
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>調査年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>市 町 村 名</td><td></td></tr> <tr><td>調査担当者</td><td></td></tr> </table>	調査年月日	年 月 日	市 町 村 名		調査担当者		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>調査年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>市 町 村 名</td><td></td></tr> <tr><td>調査担当者</td><td></td></tr> </table>	調査年月日	年 月 日	市 町 村 名		調査担当者																																											
調査年月日	年 月 日																																																						
市 町 村 名																																																							
調査担当者																																																							
調査年月日	年 月 日																																																						
市 町 村 名																																																							
調査担当者																																																							
<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <th>氏 名</th> <th>男・女</th> <th>年 月 日 生</th> <th>歳</th> </tr> <tr> <td>種 目</td> <td colspan="3"> 1 姿勢保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品 </td> </tr> <tr> <td>名 称 使用部品名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">借り入れが必要な理由</td> <td>区分</td> <td>1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討</td> <td>2 障がいの進行への対応 4 その他</td> </tr> <tr> <td colspan="3">[理由]</td> </tr> <tr> <td>貸出し業者</td> <td colspan="3"> 住 所 名 称 担 当 者 電話番号 </td> </tr> <tr> <td>相談会月日</td> <td>年 月 日</td> <td>医師名</td> <td></td> </tr> </table>	氏 名	男・女	年 月 日 生	歳	種 目	1 姿勢 保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品			名 称 使用部品名				借り入れが必要な理由	区分	1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討	2 障がいの進行への対応 4 その他	[理由]			貸出し業者	住 所 名 称 担 当 者 電話番号			相談会月日	年 月 日	医師名		<table border="1" style="width:100%;"> <tr> <th>氏 名</th> <th>男・女</th> <th>年 月 日 生</th> <th>歳</th> </tr> <tr> <td>種 目</td> <td colspan="3"> 1 座位保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品 </td> </tr> <tr> <td>名 称 使用部品名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">借り入れが必要な理由</td> <td>区分</td> <td>1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討</td> <td>2 障がいの進行への対応 4 その他</td> </tr> <tr> <td colspan="3">[理由]</td> </tr> <tr> <td>貸出し業者</td> <td colspan="3"> 住 所 名 称 担 当 者 電話番号 </td> </tr> <tr> <td>相談会月日</td> <td>年 月 日</td> <td>医師名</td> <td></td> </tr> </table>	氏 名	男・女	年 月 日 生	歳	種 目	1 座位保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品			名 称 使用部品名				借り入れが必要な理由	区分	1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討	2 障がいの進行への対応 4 その他	[理由]			貸出し業者	住 所 名 称 担 当 者 電話番号			相談会月日	年 月 日	医師名	
氏 名	男・女	年 月 日 生	歳																																																				
種 目	1 姿勢 保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品																																																						
名 称 使用部品名																																																							
借り入れが必要な理由	区分	1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討	2 障がいの進行への対応 4 その他																																																				
	[理由]																																																						
貸出し業者	住 所 名 称 担 当 者 電話番号																																																						
相談会月日	年 月 日	医師名																																																					
氏 名	男・女	年 月 日 生	歳																																																				
種 目	1 座位保持装置の完成用部品 2 歩行器 3 重度障害者用意思伝達装置(本体) 4 義肢の完成用部品 5 装具の完成用部品																																																						
名 称 使用部品名																																																							
借り入れが必要な理由	区分	1 成長への対応 3 購入に先立つ比較検討	2 障がいの進行への対応 4 その他																																																				
	[理由]																																																						
貸出し業者	住 所 名 称 担 当 者 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。	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。																																																						
(R6. 6)	(H30. 6)																																																						

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新										
様式第2号の2 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		
使用内	住宅の形態	1 自家 2 賃貸(①一軒屋 ②アパート等) → □一般用 □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								
使用外	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								
環境	交通量	1 多い		2 普通		3 少ない				
		路面		1 舗装(全域) 2 一部舗装		3 未舗装 4 悪路				
	道路の状況	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 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 4 その他 ()								
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:[] (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 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、姿勢保持装置(車椅子構造フレーム)及び姿勢保持装置(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3 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判断すること
 注5 相談会判定でモジュラー式及びオーダーメイド式(電動車椅子(簡易形)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
 (R6.6)

旧										
様式第2号の2 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		
使用内	住宅の形態	1 自家 2 賃貸(①一軒屋 ②アパート等) → □一般用 □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								
使用外	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								
環境	交通量	1 多い		2 普通		3 少ない				
		路面		1 舗装(全域) 2 一部舗装		3 未舗装 4 悪路				
	道路の状況	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 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 4 その他 ()								
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:[] (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 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
 (R元.6)

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新					旧				
様式第3号の1 補装具費支給要否意見書(殻構造義手)					様式第3号の1 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	氏名	男女	生年月日	年月日生	歳
住所					住所				
障がい名					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	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		疾病・外傷発生日		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	肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部	切断の部位・レベル		右 左 両側	極短 短 標準 長 極長	肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部
障 が い の 状 態 の 状 況	断 端 の 形 状	断端長	cm		断 端 の 形 状	断端長	cm		
		骨端部の突出	1 あり 2 なし	骨端部の突出		1 あり 2 なし			
		浮腫	1 あり 2 なし	浮腫		1 あり 2 なし			
	皮 膚	断端の形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()		皮 膚	断端の形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()		
		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			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		
		瘻痕の有無	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				瘻痕の有無		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 5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常()		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 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()		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			硬さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい		
	血 流 (<u>循環</u>)	その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない		血 流 (<u>循環</u>)		その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない	
		皮膚の色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ			皮膚の色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ		
	痛 み	皮膚温	1 正常 2 高い 3 低い		痛 み	皮膚温	1 正常 2 高い 3 低い		
		幻肢	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛			幻肢	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛		
	上 肢 関 節 機 能	幻肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性:)		上 肢 関 節 機 能	幻肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性:)		
		【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】				【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					その他の所見				
必 要 と す る 義 手	□ 肩 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用) □ 肩甲胸郭間切断用			チ ェ ッ ク ソ ケ ッ ト □	□ 肩 義 手	1 普通用 2 肩甲胸郭間切断用		
	□ 上 腕 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用) □ 吸着式				□ 上 腕 義 手	1 差込式 2 吸着式		
	□ 肘 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用) □ 吸着式				□ 肘 義 手	1 差込式 2 吸着式		
	□ 前 腕 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用) □ 顎上懸垂式 □ スプリット				□ 前 腕 義 手	1 差込式 2 顎上支持式 → ミュンスター型 ノースウェスタン型 3 スプリット式		
	□ 手 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用)				□ 手 義 手	1 差込式 2 キャップ式 3 スプリット式 4 有窓式		
	□ 手 部 義 手	1 能動式 2 電動式 3 その他(□ 装飾用・□ 作業用)				□ 手 部 義 手	1 手袋式 2 前腕式		
□ 手 指 義 手	1 能動式 2 その他(装飾用)			□ 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					使用効果見込				
裏面へ続く					裏面へ続く				

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧									
処	方	使用材料・型式等		処	方	使用材料・型式等							
処	方	部位		型	式								
		A 右 B 左 C 両側				A 装飾用 B 作業用 C 能動式							
ソ	ケ	ット		処	方	部位							
		A 皮革 B 熱硬化性樹脂 C 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 電動式				A 右 B 左 C 両側							
ソ	フ	ト		ソ	ケ	ット							
		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)				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							
支	持	肩	部	A 能動式 B 電動式 C その他 <input type="checkbox"/> 修正有り	支	持	部						
		上	腕	部			A 能動式 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 B 電動式 C その他 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	部					
		前	腕	部			A 能動式 B 電動式 C その他 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	部					
		手	部	A 電動式			部						
義	手	肩	義	手	用	A 胸部バンド式肩ハーネス一式 B 肩たすき一式	義	手	用				
		上	腕	義	手	用	A 胸部バンド式上腕ハーネス一式 B 肩たすき一式 C 8字ハーネス一式	上	腕	義	手	用	
		前	腕	義	手	用	A 胸部バンド式前腕ハーネス一式 B 8字ハーネス一式 C 9字ハーネス一式	前	腕	義	手	用	
手	部	義	手	用	D たわみ式肘継手(一組) E Yストラップ F 上腕カフ(三頭筋パッド)	手	部	義	手	用			
断		端		袋		A 上腕用 B 前腕用							
外		装		装		A 皮革 B プラスチック C 塗装							
完	成	用	肩	継	手	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式	完	成	用	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 硬性たわみ式 B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ式 D 倍動ヒンジ E 能動単軸ブロック式 F 手動単軸ブロック式				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 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 E 手部コネクタ				手	継	手	A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式 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				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 ライナーロックアダプタ E ライナー				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) E ライナーロックアダプタ F ライナー
品	借	受	部	品	名	期間	か	月					
			理	由									
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				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									
(R6.6)				(H30.6)									
【記入上の留意事項】				【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。				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。				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。				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				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。				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。									

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新										
様式第3号の2										
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										
原因となった疾病・外傷名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()					
疾病・外傷発生年月日					年月日					
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 が い の 状 態 の 状 況	断 端 の 形 状	断端長	cm (健常肢側の %)							
		骨端部の突出	1 あり 2 なし							
		浮腫	1 あり 2 なし							
	断 端 の 皮 膚	断端の形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()							
		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							
		瘻痕の有無	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							
	断 端 の 一 般 状 態	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 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	
	断 端 の 血 流 (<u>循環</u>)	その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない							
		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							
	断 端 の 痛 み	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							
		幻肢	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛							
	断 端 の 幻 肢	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 要 と す る 義 足	<input type="checkbox"/> 股 義 足		<input type="checkbox"/> 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"/> 大腿支柱付き							
	<input type="checkbox"/> 下 腿 義 足		1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 <u>5_TSB式</u> <input type="checkbox"/> 大腿支柱付き							
	<input type="checkbox"/> サイム義足		1 差込式 2 有窓式							
	<input type="checkbox"/> 足根中足義足		<u>1 足袋式 2 下腿部支持式</u>							
<input type="checkbox"/> 足趾義足										
使用効果見込										

裏面へ続く

旧										
様式第3号の2										
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										
原因となった疾病・外傷名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()					
疾病・外傷発生年月日					年月日					
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 が い の 状 態 の 状 況	断 端 の 形 状	断端長	cm (健常肢側の %)							
		骨端部の突出	1 あり 2 なし							
		浮腫	1 あり 2 なし							
	断 端 の 皮 膚	断端の形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()							
		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							
		瘻痕の有無	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							
	断 端 の 一 般 状 態	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 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	
	断 端 の 血 流 (<u>循環</u>)	その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない							
		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							
	断 端 の 痛 み	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							
		幻肢	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛							
	断 端 の 幻 肢	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 要 と す る 義 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"/> 罌 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 趾 義 足										
使用効果見込										

裏面へ続く

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	
処 方	使 用 材 料 ・ 型 式 等
処 方 部 位	A 右 B 左 C 両側 <input type="checkbox"/> 作業用
ソ ケ ッ ト	A 木製 B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> エアアクションソケット <input type="checkbox"/> 二重ソケット <input type="checkbox"/> 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 F 完成用部品 (ライナー)
支 持 部	股 部 <u>修正有り</u>
	大 腿 部 A 木製 B 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用
	下 腿 部 A 木製 B 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用
懸 垂 用 部 品	足 部 A 軟性発泡樹脂
	股 義 足 用 A 懸垂帯一式
	大腿義足・膝義足用 A シレジアバンド一式 B 肩吊り帯 C 腰バンド D 横吊帯 E 義足用股吊帯一式
断 端 袋	下腿義足・サイム義足用 A 腰バンド B 横吊帯 C 大腿コルセット一式 D PTBカフベルト一式
	<u>A 大腿用</u> <u>B 下腿用</u>
外 装	股部・大腿部・下腿部 A 皮革 B プラスチック C 塗装
	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 品	股 継 手 A ヒンジ継手
	膝 継 手 A ヒンジ継手 → <input type="checkbox"/> 大腿游動式 <input type="checkbox"/> 下腿游動式
	足 部 A 多軸足部 B SACH足部 C 装飾足袋
	そ の 他 A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D ライナーロックアダプタ E ライナー F ベルト付先ゴム G SACH用アングルブロック H リアルソックス I 先ゴム J 踵ゴム K スプリングゴム L サイム用ボルト <u>M パンパー</u>
	<input type="checkbox"/> 借受け 部品名 期間 か月 理由
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	

(R6.6)

【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。
 - 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 (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。

旧	
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 <input type="checkbox"/> エアアクションソケット <input type="checkbox"/> 二重ソケット <input type="checkbox"/> 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 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)
懸 垂 用 部 品	足部 A 軟性発泡樹脂
	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 肩吊り帯 C 腰バンド D 横吊帯 E 義足用股吊帯
外 装	下腿義足用 A 腰バンド B 横吊帯 C 大腿もも締め一式 D PTB膝カフ一式
	股部
完 成 用 部 品	大腿部 A 皮革 B プラスチック C 塗装
	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)
	股継手 A ヒンジ継手 <u>B カナディアン式</u>
	膝継手 A ヒンジ継手 <u>B 鉄脚</u> C ブロック継手
用 部 品	足 部 A 固定足部 B 単軸足部 C 多軸足部 D SACH足部 E ドリッガー足部 F 装飾足袋
	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 <u>M 前止金具</u> N サイム用ボルト
	<input type="checkbox"/> 借受け 部品名 期間 か月 理由
	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

(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。
 - 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 (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。

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新			
様式第3号の3 補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)			
氏名	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()		
障がいの機能状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()	
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし	
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】	
		股関節	
		膝関節	
		足関節 足部	
	歩行の状態		
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】	
	脚長差	1 なし 2 あり → cm	
	装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名()	
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 短下肢装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 後方支柱付 E 軟性	
	<input type="checkbox"/> 長下肢装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付	
	<input type="checkbox"/> 膝装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 軟性	
	<input type="checkbox"/> 股装具	A 硬性 B フレーム C 軟性 D ツイスター	
	<input type="checkbox"/> 足装具	A 足底装具 B Denis-Browne型	
	<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(腰掛付 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			

旧			
様式第3号の3 補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)			
氏名	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()		
障がいの機能状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()	
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし	
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】	
		股関節	
		膝関節	
		足関節 足部	
	歩行の状態		
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】	
	脚長差	1 なし 2 あり → cm	
	必要とする補装具	<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 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			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
処	方	使用材料・型式等		処	方	使用材料・型式等	
処	方	A 右 B 左 C 両側		処	方	A 右 B 左 C 両側	
採	型・採	A 採型 B 採寸		採	型・採	A 採型 B 採寸	
継	股	A 固定 B 遊動		継	股	A 固定 B 遊動	
	膝	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			膝	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手	
	足	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			足	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。 ※ 完成用部品に指定されているプラスチック製の継手は、遊動式継手として取り扱うこと。				※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。			
支	仙	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯のあるもの 2 芯のないもの □ サンドイッチ構造		支	仙	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	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 大腿コルセット C 硬性 → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式 □ カーボン			大	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 大腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ 坐骨支持式	
	下	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 下腿コルセット C 硬性 → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB(PTS, KBM) 支持式 □ カーボン			下	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 下腿コルセット C モールド → 1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 □ PTB支持式、PTS支持式、KBM支持式	
	足	A あぶみ B 足部 → 1 足部覆い 2 標準靴 3 硬性(熱硬化性樹脂) B → 4 硬性(熱可塑性樹脂) □ 足板の補強 □ カーボン C 足底装具 → 1 MP関節遠位 2 MP関節近位			足	A あぶみ B 足部 → 1 皮革等 大(足部覆い) 小(足底板) B → 2 モールド(熱硬化性樹脂) 3 モールド(熱可塑性樹脂) C 標準靴	
その他の加算要素				その他の加算要素			
A 膝サポーター(支柱付き・支柱なし) B キャリパー C ツイスター D Denis-Browne型 E 膝当て F Tストラップ G Yストラップ H スタビライザー I ターンバックル J ダイヤルロック K アウトリガー L 伸展・屈曲補助装置 M 補高足部 N 足底裏革(すべり止め用) O 高さ調整 P 内張り(大腿部・下腿部・足部・足底装具) Q 足底装具屋内用ベルト R 市販靴の加工※市販靴の購入は自費				A 膝サポーター(軟性支柱付き・軟性支柱なし) B キャリパー C 膝当て D ツイスター(軟性・鋼製ケーブル) E Tストラップ F Yストラップ G スタビライザー H ターンバックル I ダイヤルロック J 伸展・屈曲補助装置 K 補高用足部 L 足底裏革(すべり止め用) M 高さ調整 N 内張り(大腿部・下腿部・足部) O 義足懸垂用部品			
完	股	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 ダイヤルロック式 B 遊動式		完	股	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	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 C スイスロック式 D トライラテラル E ダイヤルロック F 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式 G コンピュータ制御			膝	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 C スイスロック式 D 横引き式 E トライラテラル F ダイヤルロック G 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式	
	足	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			足	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	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 B → 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ			あ	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 足板付一方向 3 二方向 4 足板付二方向 C 歩行あぶみ	
	そ	A あぶみゴム B ターンバックル C 装具用制御装置 D デニスブラウン E 足板			そ	A あぶみゴム B ターンバックル C 標準靴 D 装具用制御装置 E 足板 F デニスブラウン	
	借	部品名	期間		か月	借	部品名
理	理由			理	理由		
製	作	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式		製	作	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
補	高	A 敷き革式 B 靴の補高		補	高	A 敷き革式 B 靴の補高	
ヒ	ール	A トルクヒール B ヒールウェッジ C カットオフヒール D キールヒール E サッチヒール F トーマスヒール G 逆トーマスヒール H フレアヒール I 階段状ヒール		ヒ	ール	A トルクヒール B ウェッジ・ヒール C カットオフヒール D キールヒール E サッチヒール F トーマスヒール G 逆トーマスヒール H フレアヒール I 階段状ヒール	
足	底	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 トーマス・バー E メイヤー・半月・バー F メタルサルバー G ハウザー・バー H ロッカー・バー I 蝶型踏み返し		足	底	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 トーマス・バー E メタルサルバー F ハウザー・バー G ロッカー・バー H 蝶型踏み返し	
付	属	A 月型の延長 B スチールパネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背ベルト F ベルト(裏付き)の追加		付	属	A 月型の延長 B スチールパネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背バンド F マジックバンド(裏付き)	
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印				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】 (R6.6)				【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。				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。			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
様式第3号の4 補装具費支給要否意見書(上肢装具)				様式第3号の4 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 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】						
装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名 ()						
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 肩装具	A 硬性 B フレーム C 軟性					
	<input type="checkbox"/> 肘装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 軟性					
	<input type="checkbox"/> 手関節装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 掌側(背側)支柱付 E 軟性					
		<input type="checkbox"/> 把持装具					
	<input type="checkbox"/> 手装具	A 硬性 B フレーム C 軟性					
	<input type="checkbox"/> 指装具	A 硬性 B フレーム C 軟性					
	<input type="checkbox"/> B.F.O.						
使用効果見込							
裏面へ続く				裏面へ続く			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				
処	方	使用材料・型式等		
処	方	A 右 B 左 C 両側 ()指		
採	型・採	A 採型 B 採寸		
継	肩	A 固定式 B 遊動式 C 肩回旋装置		
	肘	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	手	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	M P	A 固定式 B 遊動式		
	I P	A 固定式 → 1 硬性 2 フレーム B 遊動式 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。				
支	胸	A 硬性 B フレーム		
	骨	A 硬性 B フレーム		
	上	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 上腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造		
	前	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 前腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造		
	手	A 硬性 B フレーム		
	手	A 硬性 B フレーム		
付	A 肘サポーター(支柱付き・支柱なし) B 基節骨パッド(硬性・フレーム) C 中・末節骨パッド(硬性・フレーム) D 対立バー E Cバー F アウトリガー G 伸展・屈曲補助パネ □ 輪ゴム H 肘当て I ターンバックル J ダイアルロック K 内張り → 1 上腕部 2 前腕部 3 手部 L 懸垂帯			
	完	肩		
		肘		
		手		
		把持	把持装具用部品	
		指	指装具用部品	
借	借受け	部品名	期間	か月
理由				
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】 (R6.6)				
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。				

旧				
処	方	使用材料・型式等		
処	方	右 左 両 ()指		
採	型・採	A 採型 B 採寸		
支	胸	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム		
	骨	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム		
	上	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	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	A モールド B フレーム		
	手	A モールド B フレーム		
	肩	A 固定 B 遊動 C 肩回旋装置		
継	肘	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手		
	手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱		
	M P	A 固定 B 遊動		
	I P	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	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 C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助パネ G 肘当て H ターンバックル I ダイアルロック J 内張り → 上腕部 前腕部 手部 K 懸垂帯			
	完	肩		
		肘		
		把持	把持装具用部品	
		指	指用装具用部品	
		借	借受け	部品名
理由				
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】 (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。 レ (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。				

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
様式第3号の5 補装具費支給要否意見書(体幹装具)				様式第3号の5 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 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】						
装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名()						
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 頸椎装具	A 硬性	<u>B フレーム</u>	C カラー	<u>D 斜頸矯正用枕</u>		
	<input type="checkbox"/> 胸腰仙椎装具	A 硬性	<u>B フレーム</u>	C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 腰仙椎装具	A 硬性	<u>B フレーム</u>	C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 仙腸装具	A 硬性	<u>B フレーム</u>	C 軟性	D 骨盤帯		
	<input type="checkbox"/> 側弯症装具	A 硬性	<u>B フレーム</u>	C 軟性			
使用効果見込							
				裏面へ続く			

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 金属棒 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック 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 金属棒 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 金属棒 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 金属棒 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 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし					
	<input type="checkbox"/> 側弯矯正装具	A ミルウォーキーブレイス B 頭部に及ばないもの → 1 金属棒 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 3 軟性(带状のものを含む)					
使用効果見込							
				裏面へ続く			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
処	方	使用材料・型式等		処	方	使用材料・型式等	
採	型・採寸	A 採型 B 採寸		採	型・採寸	A 採型 B 採寸	
支 持 部	頸椎支持部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造		支 持 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 C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし _____	
	胸腰仙椎支持部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造			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	
	腰仙椎支持部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造			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 硬性 → 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 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 硬性 ペルビックガードル <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造			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) ペルビックガードル	
付 属 品	体幹装具付属品	A 高さ調整 B ターンバックル C 腰部継手 D バタフライ E 肩ベルト F 会陰ひも G 腹部エプロン H 斜頸枕		付 属 品	体幹装具用	A 高さ調整 B ターンバックル式 C 腰部継手 D バタフライ E 肩バンド F 会陰ひも G 腹圧強化バンド	
	側弯症装具付属品	A ミルウォーキー型付属品一式 B 胸椎パッド C 腰椎パッド D ショルダーリング E 腋窩パッド F ネックリング G 胸郭バンド H アウトリガー I 前方支柱 J 後方支柱 K 側方支柱			側弯矯正装具用	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 E アウトリガー F 前方支柱 G 後方支柱 H 側方支柱 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 胸腰仙椎支持部 C 腰仙椎支持部 D 仙腸支持部			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、 硬性 又はフレームの場合にのみ加算することができる。		※ 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算することができる。
完 成 用 部 品	部 品 名			完 成 用 部 品	部 品 名		
	□ 借受け		部品名 期間 か月 理由		□ 借受け		部品名 期間 か月 理由
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				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】 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 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。				【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 レ (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。			

(R6.6)

(H30.6)

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
様式第3号の6				様式第3号の6			
補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置)				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	氏名	男女	生年月日	年月日生
住所				住所			
障がい名				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		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・外傷発生日		年月日	
疾病・先天性・その他()				疾病・先天性・その他()			
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()					
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし					
	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 両足) (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						
使用効果見込				使用効果見込			
裏面へ続く				裏面へ続く			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新										旧									
処 方 内 容										処 方 内 容									
採型採寸区分 及び処方部位		採型	1 頭・ 頸部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部																
		採寸	1 頭・ 頸部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿・足部																
支 持 部	頭 部	1 頭部支え																	
	上 肢	1 上肢支え 2 前腕・手部支え																	
	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 3 張り調整型																	
	骨盤・大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 張り調整型																	
	下 腿 部	1 下腿支え																	
	足 部	1 足台																	
の支 連持 結部	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部																	
	遊 動	1 腰部 2 膝部 3 足部																	
	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式																	
構 造 フ レ ー ム	使 用 材 料	1 木材 2 金属 3 車椅子→(型式:)																	
		4 完成用部品	部品名:																
		<input type="checkbox"/> 借受け	期間	か月	理由														
	※ 構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用する場合は、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座墊保持装置(車椅子フレーム処方用))」又は「補装具費支給要否意見書(座墊保持装置(電動車椅子フレーム処方用))」を添付すること。																		
付 加 機 能	1 ティルト機構 2 昇降機構																		
付 属 品	カットアウトテーブル	1 テーブル → <input type="checkbox"/> 表面クッション張り 2 テーブル取付部品																	
	上肢保持部品	1 アーム サポート 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 頭頸部パッド 2 肩パッド 3 胸パッド 4 胸受けロール 5 体幹パッド 6 腰部パッド																	
	骨盤保持部品	1 骨盤パッド 2 殿部パッド																	
	下肢保持部品	1 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド																	
	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト 4 胸ベルト 5 骨盤ベルト 6 股ベルト																	
		7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト																	
	支持部カバー	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部 <input type="checkbox"/> 脱着式() <input type="checkbox"/> 防水加工																	
	内 張 り	1 アーム サポート 2 テーブル																	
	体圧分散補助素材	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部																	
	キ ャ ス タ	1 標準 2 多機能キャスター																	
	そ の 他	1 介助用グリップ 2 ストッパー 3 高さ調整用台座																	
	調 整 機 構	高 さ 調 節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部支持部 5 アーム サポート																
		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 サポート 5 内転防止パッド																	
開 閉 機 構		1 アーム サポート 2 足部支持部																	
完 成 用 部 品	部 品 名																		
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名	期間	か月	理由														
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】 (R6.6)

- 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。

【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。

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧	
様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))		様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))	
氏名		氏名	
処 方 内 容			
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用	
	種別	<input type="checkbox"/> モジュラー式 ※標準 <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため、 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため <input type="checkbox"/> レディメイド式 ※障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合	
機構	クライニング機構	<input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者	
	ティルト機構	<input type="checkbox"/> 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者	
	リフト機構	<input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め()個		
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整		
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構		
フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)		
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡張(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)		
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ		
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンパー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動		
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク		
キャスタ	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動		
付属品	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台	<p>車椅子の寸法</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"/> アンクルストラップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台	
	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	
	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガートル架	
	<input type="checkbox"/> スポークカバー	<input type="checkbox"/> 点滴ポール	
	<input type="checkbox"/> 日よけ・雨よけ	<input type="checkbox"/> 泥よけ	
	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	<input type="checkbox"/> プレーキ延長レバー(右・左・両)	
	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 座板	
	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①ハイブ ②キャスタ付き ③キャスタ付き折りたたみ構造		
<input type="checkbox"/> その他 ()			

新		旧		
様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))		様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車椅子フレーム処方用))		
氏名		氏名		
処 方 内 容				
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 ※リフト式の使用で車椅子の乗降が自力で可能となる者 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 ※肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 ※片麻痺等で健側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"/> クライニング式 <input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため <input type="checkbox"/> ティルト式 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等 <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 体格・体型がIIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> レディメイド <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 ※ IIS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	【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での延長が必要な者 ② クライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車等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 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは乗降が困難な者			
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 乗降動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 乗降動作時に必要な者			
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(片・両) 3 角度調整(片・両) 4 左右調整(片・両)			
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム			
対象者例	※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合			
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)			
対象者例	※2 → 上肢の筋力低下や手指の機能障がい等が著明で、標準のハンドリムの操作が難しい者 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。			
付属品	<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()		
	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"/> 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	
	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(エア一式等)	
		<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(キャスタ無・キャスタ付き折りたたみ式)				
<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下記内容を記入すること。

(R6.6)

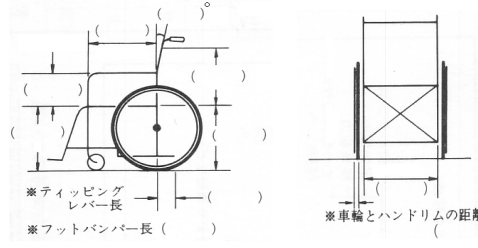
【記入上の留意事項】

- 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。

(H30.6)

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	
様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(電動車椅子フレーム処方用))	
氏名	
処	方
型	式
<input type="checkbox"/> 標準形	<input type="checkbox"/> 低速用 <input type="checkbox"/> 中速用
<input type="checkbox"/> 簡易形	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式
種別	<input type="checkbox"/> モジュラー式 ※ 標準
	<input type="checkbox"/> オーダーメイド式 □ 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため □ 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため
	<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合
必要とする電動車椅子	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 □ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 □ 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者
	<input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 ※ 上記、リクライニング機構の要件を満たし、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"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者
	<input type="checkbox"/> 電動ティルト機構 ※ 上記ティルト機構の要件を満たし、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"/> リフト機構 □ 障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情が認められる者 □ 就労若しくは就学のために真に必要と認められる者
	<input type="checkbox"/> 電動リフト機構
※ 以下、簡易形の場合は、「車椅子フレーム処方用」を用いて記入すること。	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 その他() ※特例補装具
シート	1 板張り式(標準) 2 スリング式 3 張り調整式 <input type="checkbox"/> 奥行調整
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構
フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)
ブレーキ	1 電動又は電磁ブレーキ(標準)
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク
キセズ	1 エア(標準) 2 ノーパンク
付属品	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール
	<input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)
	<input type="checkbox"/> その他 ()
【記入上の留意事項】 (R6.6)	
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下記内容を記入すること。	

旧	
様式第3号の6の別紙 補装具費支給要否意見書(座位保持装置(電動車椅子フレーム処方用))	
氏名	
処	方
型	式
<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H
<input type="checkbox"/> 簡易型	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式
必要とする電動車椅子	【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 <input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> リクライニング式 □ 頸椎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 □ 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 □ 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、頸椎損傷、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 ※ 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、真に必要なとすると認められる場合は、支給対象とする。	
<input type="checkbox"/> オーダーメイド □ 体格・体型がIIS規格の既製品では適合しないため □ 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 ※ IIS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 サクライニング、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 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) 対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
レッグサポート	1 固定式 2 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()
	<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"/> ポリウレタン繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体補物構造のもの <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	<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"/> 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
<input type="checkbox"/> その他	
品	オーダーメイドの寸法 駆動輪径(吋) キャスター径(吋)  ※ティッピングレバー長() ※フットパンパー長() ※車輪とハンドリムの距離()
【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。	

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧		
様式第3号の7-1		様式第3号の7-1		
補装具費支給要否意見書(車椅子)		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	氏名	男女 生年月日 年 月 日生 歳	
住所		住所		
障がい名		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()	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 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】	下肢機能	【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		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	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	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】	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	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	臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり
操 作 能 力 等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 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 両足)(室内のみ 室外も可)	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	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)	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 機 構	部位	<input type="checkbox"/> 標準	部位	<input type="checkbox"/> 標準
	型	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる	型	<input type="checkbox"/> 普通型
	種	<input type="checkbox"/> 自走用	種	<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
	別	<input type="checkbox"/> 介助用	別	<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
	機	<input type="checkbox"/> モジュラー式 ※ 標準	機	<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
	構	<input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため	構	<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
	使用効果見込	<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能なる場合	使用効果見込	<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"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者		<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 <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため	
	<input type="checkbox"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者		<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"/> リフト機構 <input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者		<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> 体格・体型がIIS規格の既製品では適合しないため <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 ※ IIS規格の既製品で対応可能な者	
			使用効果見込	
裏面へ続く		裏面へ続く		

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧	
処	方	内	容
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 個)	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
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	駆動輪	【径】 20 22 24 インチ
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構	キャスター	【径】 5 6 7 インチ
フット・レグサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り	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) ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング・ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)	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) ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)	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 ※5 → 移乗動作時に必要な者
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ	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)
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンパー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動	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 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク	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) ※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。
キャスタ	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ	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()
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動	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
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更	クッション	<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
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ① ハイブ ② キャスタ付き ③ キャスタ付き折りたたみ構造 <input type="checkbox"/> ヒールラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> プレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他()	品	<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
品	【姿勢保持装置 製作要素】 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input type="checkbox"/> シートベルト → ① 骨盤 ② 胸 ③ 股 ④ その他()	品	<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
上記のとおり意見します。		上記のとおり意見します。	
年 月 日		年 月 日	
医療機関名		医療機関名	
所在地		所在地	
診療科名		診療科名	
作成医師氏名	印	作成医師氏名	印

【記入上の留意事項】 (R6.6)

- 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。
 - 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

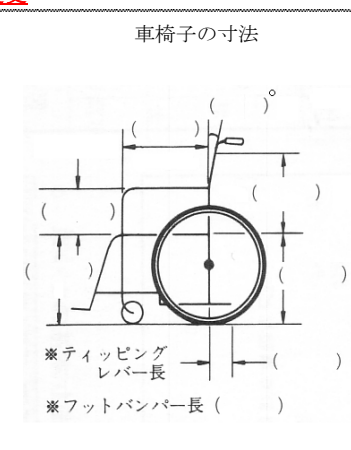
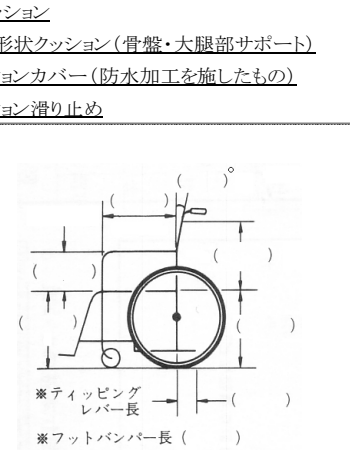
【記入上の留意事項】 (H29.06)

- 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。
 - 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

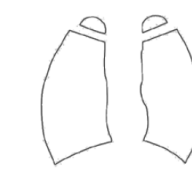
福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧			
様式第3号の7-2 補装具費支給要否意見書(車椅子) 心臓機能障がい者用				様式第3号の7-2 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	氏名	男女	生年月日	年 月 日生
住所				住所			
障がい名				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		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・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			臨 床 所 見			
	胸部X線写真所見(年 月 日)		心電図所見(年 月 日)	胸部X線写真所見(年 月 日)		心電図所見(年 月 日)	
							
	心胸比:()%			心胸比:()%			
歩行についての所見				歩行についての所見			
社会生活についての所見				社会生活についての所見			
その他の所見				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 ※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 両足)(室内のみ 室外も可)		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		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			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	部位	<input type="checkbox"/> 標準		部位	<input type="checkbox"/> 標準		
	種類	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる		種類	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる		
	型式	<input type="checkbox"/> 自走用		型式	<input type="checkbox"/> 普通型		
		<input type="checkbox"/> 介助用			<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"/> モジュラー式 ※ 標準			<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"/> オーダーメイド式 □ 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため □ 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため			<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		
機 構	<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合			<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"/> リクライニング機構 □ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 □ 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者			<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"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者			<input type="checkbox"/> リクライニング式 □ 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 □ 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 □ 股関節拘縮や強直があるため			
	<input type="checkbox"/> リフト機構 □ 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、真にやむを得ない事情が認められる者 □ 就労又は就学のために真に必要と認められる者			<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			
使用効果見込				使用効果見込			
裏面へ続く				裏面へ続く			

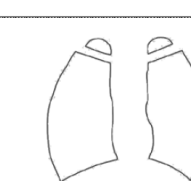
福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	旧																																																															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">処</th> <th style="width:85%;">内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基本構造</td> <td>1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 個)</td> </tr> <tr> <td>シニト</td> <td>1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整</td> </tr> <tr> <td>バックサポート</td> <td>1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構</td> </tr> <tr> <td>フット・レックサポート</td> <td>1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り</td> </tr> <tr> <td>フットサポート</td> <td>1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)</td> </tr> <tr> <td>アームサポート</td> <td>1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)</td> </tr> <tr> <td>ブレーキ</td> <td>1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ</td> </tr> <tr> <td>駆動輪・主輪</td> <td>1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動</td> </tr> <tr> <td>タイヤ</td> <td>1 エア(標準) 2 ノーパンク</td> </tr> <tr> <td>キャスト</td> <td>1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ</td> </tr> <tr> <td>ハンドリム</td> <td>1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">付</td> <td><input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">属</td> <td><input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①ハイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒールラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">品</td> <td><input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> <tr> <td>【姿勢保持装置 製作要素】 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input type="checkbox"/> シートベルト → ①骨盤 ②胸 ③股 ④その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>車椅子の寸法</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> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>【記入上の留意事項】 (R6.6)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 </div>	処	内 容	基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 個)	シニト	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構	フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り	フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)	アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)	ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ	駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動	タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク	キャスト	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ	ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動	付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工	<input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更	属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①ハイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造	<input type="checkbox"/> ヒールラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	品	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他()	【姿勢保持装置 製作要素】 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input type="checkbox"/> シートベルト → ①骨盤 ②胸 ③股 ④その他()	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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">処</th> <th style="width:85%;">内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>フレーム</td> <td>1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材質】→ 鉄 軽合金 スチール</td> </tr> <tr> <td>駆動輪</td> <td>【径】 20 22 24 インチ</td> </tr> <tr> <td>キャスト</td> <td>【径】 5 6 7 インチ</td> </tr> <tr> <td>バックサポート</td> <td>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りの延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者</td> </tr> <tr> <td>アームサポート</td> <td>1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) 対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者</td> </tr> <tr> <td>レックサポート</td> <td>1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式 対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者</td> </tr> <tr> <td>フットサポート</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>ブレーキ</td> <td>1 レバー式 2 トグル式 3 キャリバーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム 対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合</td> </tr> <tr> <td>ハンドリム</td> <td>1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両) 対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">付</td> <td><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()</td> </tr> <tr> <td><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</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">属</td> <td><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"/> 屋外用キャスト(エアース等) <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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスト無・キャスト付き折りたたみ式)</td> </tr> <tr> <td><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</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> </tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <p>車椅子の寸法</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> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <p>【記入上の留意事項】 (H29.06)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 </div>	処	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 スチール	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りの延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者	アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) 対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者	レックサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式 対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者	フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(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 キャリバーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム 対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合	ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両) 対象者例 ※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()	<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	<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"/> 屋外用キャスト(エアース等) <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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスト無・キャスト付き折りたたみ式)	<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。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印	
処	内 容																																																															
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 個)																																																															
シニト	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整																																																															
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構																																																															
フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り																																																															
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)																																																															
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)																																																															
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ																																																															
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動																																																															
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク																																																															
キャスト	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ																																																															
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動																																																															
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工																																																															
	<input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更																																																															
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①ハイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造																																																															
	<input type="checkbox"/> ヒールラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台																																																															
品	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他()																																																															
	【姿勢保持装置 製作要素】 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input type="checkbox"/> シートベルト → ①骨盤 ②胸 ③股 ④その他()																																																															
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																																																																
処	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 スチール																																																															
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りの延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者																																																															
アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) 対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者																																																															
レックサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式 対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者																																																															
フットサポート	1 調整無し 2 前後調整(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 キャリバーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム 対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合																																																															
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両) 対象者例 ※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()																																																															
	<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	<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"/> 屋外用キャスト(エアース等) <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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスト無・キャスト付き折りたたみ式)																																																															
	<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。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印																																																																

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

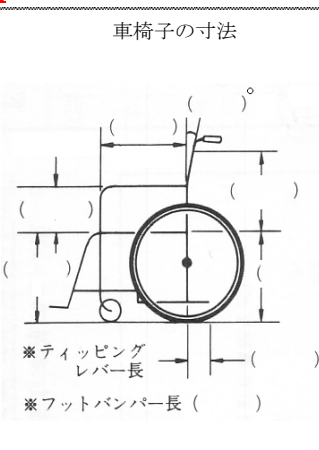
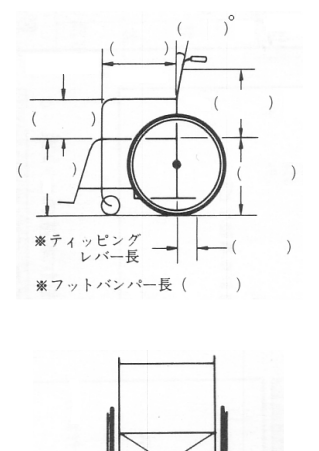
新																			
様式第3号の7-3																			
補装具費支給要否意見書(車椅子) 呼吸器機能障がい者用																			
氏名	男 女 生年月日 年 月 日生 歳																		
住所																			
障がい名																			
原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()																		
障 が い の 状 況	現在の活動能力の程度																		
	胸部X線写真所見 (年 月 日)																		
																			
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>胸膜癒着</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>気腫化</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>線維化</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>不透明肺</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>胸郭変形</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>心・縦隔の変形</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> </table>	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)
	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)																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>予測肺活量</td> <td>ml</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>1秒量</td> <td>ml</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>予測肺活量1秒率</td> <td>% (=イ/ア × 100)</td> </tr> </table>	ア	予測肺活量	ml	イ	1秒量	ml	ウ	予測肺活量1秒率	% (=イ/ア × 100)										
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)																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>O₂分圧</td> <td>: Torr</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>CO₂分圧</td> <td>: Torr</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>pH</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>採血より分析までに時間を要した場合</td> <td>__時間__分</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>耳朶血を用いた場合</td> <td>: []</td> </tr> </table>	ア	O ₂ 分圧	: Torr	イ	CO ₂ 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	: []				
ア	O ₂ 分圧	: Torr																	
イ	CO ₂ 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																			
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 両足) (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 }																		
部位	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる																		
型式	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用																		
種別	<input type="checkbox"/> モジュール式 ※ 標準 <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式																		
機構	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> リフト機構																		
使用効果見込																			

裏面へ続く

旧																			
様式第3号の7-3																			
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・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()																		
障 が い の 状 況	現在の活動能力の程度																		
	胸部X線写真所見 (年 月 日)																		
																			
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>胸膜癒着</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>気腫化</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>線維化</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>不透明肺</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>胸郭変形</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>心・縦隔の変形</td> <td>(無・軽度・中等度・高度)</td> </tr> </table>	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)
	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)																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>予測肺活量</td> <td>ml</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>1秒量</td> <td>ml</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>予測肺活量1秒率</td> <td>% (=イ/ア × 100)</td> </tr> </table>	ア	予測肺活量	ml	イ	1秒量	ml	ウ	予測肺活量1秒率	% (=イ/ア × 100)										
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)																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">ア</td> <td>O₂分圧</td> <td>: Torr</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>CO₂分圧</td> <td>: Torr</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>pH</td> <td>:</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>採血より分析までに時間を要した場合</td> <td>__時間__分</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>耳朶血を用いた場合</td> <td>: []</td> </tr> </table>	ア	O ₂ 分圧	: Torr	イ	CO ₂ 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	: []				
ア	O ₂ 分圧	: Torr																	
イ	CO ₂ 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																			
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																		
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	<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"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド																		
使用効果見込																			

裏面へ続く

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧	
処	方	内	容
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造	<input type="checkbox"/> 幅止め() 個)	
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式	<input type="checkbox"/> 奥行調整	
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式	<input type="checkbox"/> ライトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構	
フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式	<input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り	
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式	<input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)	
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式	2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡張(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ		
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンパー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動	
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク		
キャスト	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ	<input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動	
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) <input type="checkbox"/> 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更		
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ① ハイプ ② キャスタ付き ③ キャスタ付き折りたたみ構造 <input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他 ()		
品	<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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスタ付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 大車輪着脱ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 () <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"/> フォレスト繊維、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	<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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスタ付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 大車輪着脱ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他 ()		
品	<input type="checkbox"/> 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"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター無・キャスタ付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 大車輪着脱ハブ <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。		 <p>車椅子の寸法</p> <p>※ティッピングレバー長 ()</p> <p>※フットバンパー長 ()</p>  <p>※ティッピングレバー長 ()</p> <p>※フットバンパー長 ()</p>	
年月日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名		年月日 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名	
【記入上の留意事項】 (R6.6) 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		【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	

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新				旧				
様式第3号の7-4 補装具費支給要否意見書(車椅子) 平衡機能障がい者用				様式第3号の7-4 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	氏名	男女	生年月日	年月日生	
住所				住所				
障がい名				障がい名				
原因となった疾病・外傷名		疾病・外傷発生年月日 年月日		原因となった疾病・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 疾病・先天性・その他()				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()		
障 が い の 状 況	平衡機能についての所見			平衡機能についての所見				
	歩行についての所見			歩行についての所見				
	社会生活についての所見			社会生活についての所見				
	その他の所見			その他の所見				
	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 両足)(室内のみ 室外も可)		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		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 }		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 }	
	部位	<input type="checkbox"/> 標準			<input type="checkbox"/> 標準			
	型式	<input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる			<input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる			
	種別	<input type="checkbox"/> 自走用			<input type="checkbox"/> 自走用			
<input type="checkbox"/> 介助用			<input type="checkbox"/> 介助用					
機構	<input type="checkbox"/> モジュール式 ※ 標準			<input type="checkbox"/> モジュール式 ※ 標準				
	<input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュール式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため			<input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュール式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため				
	<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合			<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、 レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能な場合				
	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者			<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者				
使用効果見込	<input type="checkbox"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者			<input type="checkbox"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者				
	<input type="checkbox"/> リフト機構 <input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者			<input type="checkbox"/> リフト機構 <input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、 真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者				
使用効果見込				使用効果見込				
裏面へ続く				裏面へ続く				

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧	
処 方 内 容		処 方 内 容	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 個	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
シニト	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	駆動輪	【径】 20 22 24 インチ
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構	キャスタ	【径】 5 6 7 インチ
フット・レッグサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り	バックサポート	1 固定式 2 延長バックサポート 3 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 背座間角度調整 6 ヘッドサポートベース(枕を含む) 7 枕(オーダー・レディ) 対象者例 ※2 → ① 体幹の筋力低下により背当ての延長が必要な者 ② リクライニング、ティルト機構のため必要とする者 ※4 → 背当てが高く、自動車のトランク等への収納が頻繁にある者
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)	アームサポート	1 固定式 2 デスク型 3 高さ角度調整式 4 高さ調整式 5 角度調整式 6 跳ね上げ式 7 脱着式 8 拡幅(左・右・両) 9 延長(左・右・両) 対象者例 ※3・4 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)	レッグサポート	1 固定式 2 脱着式 3 挙上式 4 開閉挙上式 5 開閉・脱着式 対象者例 ※2 → ① 足こぎが主な操作手段の者 ② 移乗動作時に必要な者 ※3・4 → 膝関節の屈曲制限がある者 ※5 → 移乗動作時に必要な者
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ	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)
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動	ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ 5 延長用ブレーキアーム 対象者例 ※3 → ① 普通型車椅子を使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車椅子で、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車椅子に取り付ける必要がある場合
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク	ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両) 対象者例 ※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。
キャスタ	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ	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()
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動	クッション	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> ボリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更	フロアテーションパッド	<input type="checkbox"/> フロアテーションパッド
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型 <input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ① ハイブ ② キヤスタ付き ③ キヤスタ付き折りたたみ構造 <input type="checkbox"/> ヒールラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> アンクルストップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> プレーキ延長レバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他()	背クッション	<input type="checkbox"/> 背クッション
品	<input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 製作要素 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input type="checkbox"/> シートベルト → ① 骨盤 ② 胸 ③ 股 ④ その他()	特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)	<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)
	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	クッションカバー(防水加工を施したもの)	<input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの)
		クッション滑り止め	<input type="checkbox"/> クッション滑り止め
		テーブル	<input type="checkbox"/> テーブル
		スポークカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)
		ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー
		屋外用キャスタ(エア式等)	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスタ(エア式等)
		携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台
		人工呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台
		酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置
		点滴ポール	<input type="checkbox"/> 点滴ポール
		栄養バック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架
		泥よけ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)
		車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
		痰吸引器搭載台	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台
		転倒防止装置(キャスタ無・キャスタ付き折りたたみ式)	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスタ無・キャスタ付き折りたたみ式)
		ノーパンクタイヤ	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ
		幅止め	<input type="checkbox"/> 幅止め
		大車輪脱着ハブ	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ
		高さ調整式手押しハンドル	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
		その他	<input type="checkbox"/> その他
		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	※車輪とハンドリムの距離 ()
			※車輪とハンドリムの距離 ()
			※車輪とハンドリムの距離 ()

【記入上の留意事項】 (R6.6)

- 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。
 - 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

【記入上の留意事項】 (H29.06)

- 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。
 - 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

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧		
様式第3号の8-1		様式第3号の8-1		
補装具費支給要否意見書(電動車椅子(標準形))		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	氏名	男女 生年月日 年 月 日生 歳	
住所		住所		
障がい名		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・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()	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・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()	
障	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし	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
が	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】	下肢機能	【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		歩行の状態	
い	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	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
の	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 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】	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】
状	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 ※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 両足)(室内のみ 室外も可)	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 ※ 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	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
況	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	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	移乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助
操	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 }	視野	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に{ 支障なし 支障あり }
能	聴力	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 }	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 }
力	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →
	使用効果見込		使用効果見込	
裏面へ続く		裏面へ続く		

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

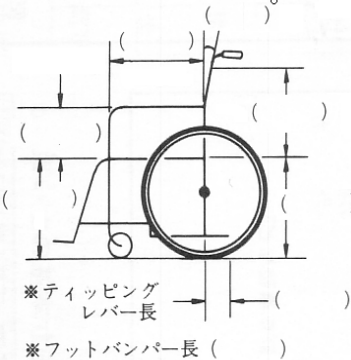
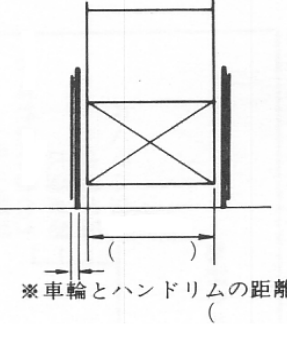
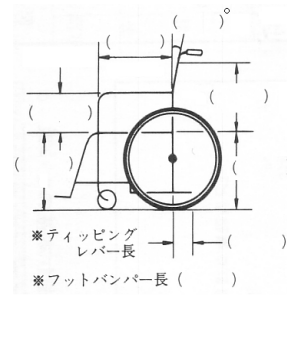
新		旧	
処		方	
内		容	
必要とする電動椅子	部位	<input type="checkbox"/> 標準	
	頭	<input type="checkbox"/> 種類部	※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる
	標準	<input type="checkbox"/> 低速用 <input type="checkbox"/> 中速用	
	種別	<input type="checkbox"/> モジュラー式	※ 標準
		<input type="checkbox"/> オーダーメイド式	□ 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがないため
		<input type="checkbox"/> レディメイド式	□ 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要のため
	機構	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構	□ 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者
			□ 座位を長時間保持できない者
		<input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構	※ 上記、手動リクライニング機構の要件を満たし、この電動椅子を使用することにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者
		<input type="checkbox"/> 電動ティルト機構	※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者で、この電動椅子を使用することにより、自力でのティルト操作が可能となる者
	<input type="checkbox"/> 電動リフト機構	□ 障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情が認められる者	
		□ 就労若しくは就学のために真に必要と認められる者	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 その他() ※特例補装具		
シート	1 板張り式(標準) 2 スリング式 3 張り調整式 □ 奥行調整		
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式		
	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構		
フット・レックサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式		
	<input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式)		
	<input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)		
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式		
	2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式		
	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡張(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)		
ブレーキ	1 電動又は電磁ブレーキ(標準)		
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク		
キック	1 エア(標準) 2 ノーパンク		
付属品	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型		
		□ ゲル素材 □ 多層構造 □ 立体編物 □ 滑り止め加工 □ 防水加工	
	<input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名()		
	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両)
	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> テーブル取付部品	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ)
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 点滴ボール
	<input type="checkbox"/> 泥よけ	<input type="checkbox"/> スポークカバー	<input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル
	<input type="checkbox"/> パワーステアリング	<input type="checkbox"/> クライマーセット	<input type="checkbox"/> 手動スイングアーム
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品		
<input type="checkbox"/> その他()			
<input type="checkbox"/> 【姿勢保持装置 製作要素】	<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> 姿勢保持部品()	
<input type="checkbox"/> ベルト → ① 骨盤ベルト ② 胸ベルト ③ 股ベルト ④ その他()			
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】 (R6.6)			
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			
必要とする電動椅子	普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H <input type="checkbox"/> 6km/H	
	リクライニング式普通型	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため	
		<input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため	
		<input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため	
	電動リクライニング式普通型	【支給要件】 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動椅子を使用することにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者	
	電動ティルト式普通型	【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で、この電動椅子を使用することにより、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	【支給要件】 上記リクライニング式及びティルト式の要件を満たし、この電動椅子を使用することにより、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	【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 ※ 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、交付対象とする。	
	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 高さ調整式 4 跳ね上げ式		
	5 拡張(左・右・両) 6 延長(左・右・両)		
対象者例	※3 → 上肢筋力低下、可動域制限等によりアームサポートの高さ調整を要する者 ※5・6 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは乗降が困難な者		
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		
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		
テーブル	<input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 点滴ボール		
ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)		
携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台		
酸素ボンベ固定装置	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> フロントサブホイール		
栄養パック取付用ガードル架	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等) <input type="checkbox"/> 幅止め		
車載時固定用フック	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
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)			
その他			
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】 (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			

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新	
様式第3号の8-2	
補装具費支給要否意見書(電動車椅子(簡易形))	
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・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()
障がい	運動障がい 1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()
	知覚障がい 1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
が	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
	下肢機能
い	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
の	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
状	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】
	上肢機能
況	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 ※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 両足)(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
操作	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
能力	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 }
等	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 }
必要とする電動車椅子	操作方法 1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →
	部位 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 頭頸部 ※ ヘッドサポートが必要な場合のみ加えることができる
簡易形	<input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式
	<input type="checkbox"/> モジュール式 ※ 標準
種別	<input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュール式では適合するものがないため <input type="checkbox"/> 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要なため
	<input type="checkbox"/> レディメイド式 ※ 障害の程度が軽度の場合及びバギー形を支給する場合等、レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能の場合
機	<input type="checkbox"/> リクライニング機 <input type="checkbox"/> 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者 <input type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者
	<input type="checkbox"/> ティルト機構 ※ 長時間の座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者
構	<input type="checkbox"/> リフト機構 <input type="checkbox"/> 障害の現症、生活環境その他の事情により、リフト機構を用いることについて、真にやむを得ない事情が認められる者 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要と認められる者
	使用効果見込
裏面へ続く	

旧	
様式第3号の8-2	
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・外傷発生前年月日 年 月 日 疾病・先天性・その他()
障がい	運動障がい 1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()
	知覚障がい 1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし
が	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】
	下肢機能
い	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
の	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
状	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】
	上肢機能
況	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 ※ 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
操作	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
能力	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 }
等	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 }
必要とする電動車椅子	操作方法 1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →
	<input type="checkbox"/> 簡易型式 <input type="checkbox"/> 切替式 <input type="checkbox"/> アシスト式
種別	【交付要件】 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 ○ 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 ○ 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"/> 頸椎損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため
機	<input type="checkbox"/> ティルト式 脳性麻痺、頸椎損傷、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IIS規格の既製品では適合しないため <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
構	<input type="checkbox"/> レディメイド ※ IIS規格の既製品で対応可能な者
	使用効果見込
裏面へ続く	

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領 新旧対照表

新		旧	
処	方	内	容
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め(本)		
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整		
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ機構		
フット・レッグサポート	1 固定式(標準) 2 挙上式 3 着脱式 4 開閉着脱式 5 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト全面張り		
フットサポート	1 セパレート式(標準) 2 セパレート式(二重折込式) 3 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 角度調整(右・左・両) <input type="checkbox"/> 左右調整(右・左・両)		
アームサポート	1 フレーム一体型 → ① 固定式(標準) ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 2 独立型 → ① 固定式 ② 跳ね上げ式 ③ 着脱式 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡張(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長(右・左・両)		
ブレーキ	1 駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ		
駆動輪・主輪	1 固定式(標準) 2 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動 <input type="checkbox"/> レバー駆動		
タイヤ	1 エア(標準) 2 ノーパンク		
キャスト	1 ソリッド(標準) 2 衝撃吸収タイプ		
ハンドリム	1 プラスチック(標準) 2 ステンレス 3 アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ30mmを超えるもの <input type="checkbox"/> 片手駆動		
付	<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) → ① 平面形状型 ② モールド型 ↳ <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工	 <p>※ティッピングレバー長 () ※フットバンパー長 ()</p>	<input type="checkbox"/> フロアテーションパッド <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め
	<input type="checkbox"/> 完成用部品(姿勢保持装置 支持部 骨盤・大腿部) 部品名() <input type="checkbox"/> ヘッドサポート → ① 着脱式(枕含む) ② マルチタイプ(枕含む) ③ 枕(オーダー) ④ 枕(レディ) ↳ 上記①・②のみ加算可 → <input type="checkbox"/> オーダー枕変更		
属	<input type="checkbox"/> 座板 → <input type="checkbox"/> クッション一体型	 <p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>	 <p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>
	<input type="checkbox"/> 背クッション → <input type="checkbox"/> 滑り止め加工		
品	<input type="checkbox"/> ヒールアップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台	<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"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 大車輪着脱ハブ <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台		
	<input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台		
	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置		
	<input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架		
	<input type="checkbox"/> 車載固定部品 <input type="checkbox"/> 点滴ポール		
	<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖・多脚つえ) <input type="checkbox"/> 泥よけ		
	<input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル		
	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(右・左・両) <input type="checkbox"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
【姿勢保持装置 製作要素】			
<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> 姿勢保持部品()		
<input type="checkbox"/> ベルト → ① 骨盤 ② 胸 ③ 股 ④ その他()			
上記のとおり意見します。			
年 月 日		年 月 日	
医療機関名		医療機関名	
所在地		所在地	
診療科名		診療科名	
作成医師氏名	印	作成医師氏名	印
【記入上の留意事項】		【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。		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。		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。		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。		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		(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		(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		(3) その他参考となる事項	

新				旧			
別表1 車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表				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・判断区分	◎ … 区分1	センターの判定を必要とするもの <small>(レディメイド式のうち①自走用及び②介助用・機構加算のあるものについては、市町村が意見書で判断してよい)</small>		判定・判断区分	◎ … 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)			● … 区分3	市町村が判断(意見書不要)	
<重要>							
・再支給、修理により車椅子の型式、製品区分、機構に変更が生じる場合は、◎(センターの判定を必要とする)							
<small>(例)「自走用」⇄「介助用」の変更、「モジュラー式」⇄「オーダーメイド式」の変更、機構の追加、「リクライニング機構」⇄「ティルト機構」への変更</small>							
・再支給にあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、下記の「判定・判断区分」を適用する							
・修理にあたり、該当部位を追加する場合又は該当部位に交換する場合、下記の「判定・判断区分」を適用する							
・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●							
	部位、名称等	判定・判断区分	備 考	修理部位	判定・判断区分	備 考	
基本構造	後方大車輪(標準)	●		クッション交換	○		
	前方大車輪	◎		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	○		
	6輪構造	◎		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	○		
	幅止め	●		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	○		
	修理のみ			クッション(特殊な空気室構造のもの)交換	◎		
	フレーム交換	●		フローテーションパッド交換	○		
	サイドガード(スカートガード)交換	●		特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート)交換	○		
	溶接(修理箇所ごと)	●		背クッション交換	○		
シート	スリング式(標準)	●		クッションカバー(防水加工を施したもの)交換	●		
	張り調整式	○		クッション滑り止め部品交換	●		
	板張り式	○	付属品「座板」との併用加算不可	バックサポート交換	●		
	奥行調整	○		延長バックサポート交換	○		
バックサポート	スリング式(標準)	●		枕交換	●	オーダーメイド及びレディメイド	
	張り調整式	○	付属品「背クッション」との併用加算不可	バックサポートパイプ交換	●		
	ワイドフレーム	●		バックサポートパイプ取付部品交換	●		
	バックサポート延長(頭頸部まで)	○		張り調整式バックサポート交換	○		
	高さ調整	○		高さ調整式バックサポート交換	○		
	背座角度調整	○		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	
	背折れ機構	●	サイズを小さくするという目的での「駆動輪・主輪の着脱式」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	○		
	修理のみ			アームサポート(肘当て部分)交換	●		
	バックサポートパイプ交換	●		アームサポート(フレーム)交換	●		
	バックサポートパイプ取付部品交換	●		高さ角度調整式アームサポート交換	○		
フット・レッグサポート	固定式(標準)	●		高さ調整式アームサポート(段階調整式)交換	○		
	拳上式	○		角度調整式アームサポート交換	○		
	着脱式	○		跳ね上げ式アームサポート交換	●		
	開閉着脱式	○		脱着式アームサポート交換	●		
	拳上・開閉着脱式	○		アームサポート拡幅部品交換	●		
	レッグベルト全面張り	○		アームサポート延長部品交換	●		
	修理のみ			レッグサポート交換	●		
		フット・レッグサポートベルト交換	●	脱着式レッグサポート交換	○		
		フット・レッグサポートパッド交換	●	拳上式レッグサポート(パッド形状)交換	○		
		セパレート式(標準)	●	開閉拳上式レッグサポート(パッド形状)交換	○		
フットサポート	セパレート式(二重折込式)	●		開閉・脱着式レッグサポート交換	○		
	中折式	●		フットサポート交換	●		
	前後調整	○		フットサポート交換(前後調整)	○		
	角度調整	○		フットサポート交換(角度調整)	○		
	左右調整	○		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	●			

新			旧			
	構造部品、付属品等	判定・判断区分	備 考	修理部位	判定・判断区分	備 考
アームサポート	フレーム一体型 固定式(標準)	●		座張り調整部品交換	○	
	フレーム一体型 跳ね上げ式	●		座奥行き調整(スライド式)部品交換	○	
	フレーム一体型 着脱式	●		座板交換	○	
	独立型 固定式	●		座席昇降ハンドルユニット交換	●	
	独立型 跳ね上げ式	●		座席昇降チェーン交換	●	
	独立型 着脱式	●		座席昇降メカユニット交換	●	
	高さ調整	○		フレーム(サイドベース)交換	●	
	角度調整	○		フレーム(サイド拡張)交換	●	
	アームサポート拡張	●		フレーム(サイド拡張)取付部品交換	●	
	アームサポート延長	●		フレーム(折りたたみ)交換	●	
サポートヘッド	肘当て部分のみの交換	●		ブレーキ交換	●	
	ヘッドサポートパイプ交換	●	バックサポート一体型は含まない	キャリパーブレーキ交換	●	
	ヘッドサポートパイプ取付部品交換	●		フットブレーキ(介助者用)交換	●	
ブレーキ	駐車ブレーキ(標準)	●		延長用ブレーキアーム交換	●	
	介助用ブレーキ	●		リフレクタ(反射器-夜光材)交換	●	
	フットブレーキ	●		リフレクタ(反射器-夜光反射板)交換	●	
駆動輪・主輪	固定式(標準)	●		ハンドリム交換	●	
	着脱式	●	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	滑り止めハンドリム交換	●	
	車軸位置調整	◎		ノブ付きハンドリム交換	●	
	キャンバー角度変更	○		キャスト(大)交換	●	
	片手駆動	◎		キャスト(小)交換	●	
	レバー駆動	◎		屋外用キャスト(エア式等)交換	●	
	修理のみ	駆動輪・主軸一式交換	●	リム、スポーク、タイヤ、チューブ、タイヤバルブ、ハブ及びハブ軸を含むもの	リム交換	●
修理のみ	駆動輪・主軸ホイール交換	●	リム、スポーク、ハブ及びハブ軸を含むもの	車軸位置調整部品交換	◎	
修理のみ	駆動輪・主軸ホイール交換(片手駆動式)	●	リム、スポーク、ハブ及びハブ軸を含むもの	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
タイヤ	エア(標準)	●	タイヤ交換は、チューブ交換を含まないもの	サイドガード交換	●	
	ノーパンクタイヤ	●		タイヤ交換	●	
キャスタ	チューブ交換	●		ノーパンクタイヤ交換	●	
	修理	キャスタ取付部品交換	●	チューブ交換	●	
ハンドリム	ソリッド(標準)	●		シートベルト交換	●	
	衝撃吸収タイプ	●		テーブル交換	●	
	修理	キャスタ取付部品交換	●	スポークカバー交換	●	
	プラスチック(標準)	●		塗装	●	
	ステンレス	●		ハブ取付部品交換	●	
付属品	アルミ	●		キャスト取付部品交換	●	
	ピッチ30mmを超えるもの	○		ハブ用スプリング交換	●	
	片手駆動	◎		ステッキホルダー(杖たて)交換	●	
	クッション(カバー付き) 平面形状型	○		泥よけ交換	●	
	クッション(カバー付き) モールド型	○		転倒防止装置交換	●	
	クッション(カバー付き) ゲル素材	○		転倒防止装置交換(キャスト付き折りたたみ式)交換	●	
	クッション(カバー付き) 多層構造	○	立体編物との併用加算不可	携帯用会話補助装置搭載台交換	●	
	クッション(カバー付き) 立体編物	○	多層構造との併用加算不可	酸素ボンベ固定装置交換	●	
	クッション(カバー付き) 滑り止め加工	●		人工呼吸器搭載台交換	●	
	クッション(カバー付き) 防水加工	●				
クッションとして姿勢保持装置の完成用部品を使用する場合	◎	両支軸にあたり、使用する部品名が変更となる場合は「◎」クッション(カバー付き)との併用加算不可				

新			旧			
	構造部品、付属品等	判定・判断区分	備 考	修 理 部 位	判定・判断区分	備 考
付 属 品	座板	○	シート「板張り式」との併用加算不可	栄養バック取り付け用ガードル架交換	●	
	座板 クッション一体型	○	クッション(カバー付き)との併用加算不可	点滴ポール交換	●	
	背クッション	○	バックサポート「張り調整式」との併用加算不可	シリンダー用レバー交換	●	
	背クッション 滑り止め加工	●		メカロック交換	●	
	ヘッドサポート 着脱式(枕含む)	○		テイル用ガスダンパー交換	●	
	ヘッドサポート マルチタイプ(枕含む)	○		ワイヤー交換	●	
	ヘッドサポート 枕(オーダーメイド)	●		ガスダンパー交換	●	
	ヘッドサポート 枕(レディメイド)	●		幅止め交換	●	
	フットサポート ヒールループ	●		高さ調整式手押しハンドル交換	●	
	フットサポート アングルストラップ	●		車載時固定用フック交換	●	
	フットサポート ステップカバー	●		日よけ(雨よけ)部品交換	●	
	テーブル	●		6輪構造部品交換	◎	
	テーブル取付部品	●		成長対応型部品交換	○	
	姿勢保持装置「カットアウトテーブル」が必要な場合	●		痰吸引器搭載台交換	●	
	転倒防止装置 バイブ	●				
	転倒防止装置 キャスタ付き	●				
	転倒防止装置 キャスタ付き(折りたたみ構造)	●				
	搭載台	●	呼吸器搭載台、痰吸引機搭載台、携帯用会話補助装置搭載台を含む			
	車載固定部品	●	4個まで			
	杖たて 一本杖	●				
	杖たて 多脚つえ	●				
	酸素ボンベ固定装置	●				
	栄養バック取付用ガードル架	●				
	点滴ポール	●				
	日よけ	●				
	雨よけ	●				
	泥よけ	●				
	スポークカバー	●				
	リフレクタ	●				
	高さ調整式手押しハンドル	●				
	ブレーキ 延長レバー	●				
	ハンドリム 滑り止め	●				
	ハンドリム ノブ付き	●				
ハンドリム ノブ付き垂直ノブ	●					
姿勢保持装置の「姿勢保持部品」が必要な場合	○	(例)姿勢保持部品:体幹保持部品 体幹パッド 等				
姿勢保持装置の「ベルト」が必要な場合	●					
そ の 他	リヤ・シャフト交換	●				
	レバー交換	●				
	ワイヤー交換	●				
	メカロック交換	●				
	ガスダンパー交換	●				
	グリップ交換	●				
	成長に伴う調整	●	新品の交換を伴わないシート、バックサポート、レッグサポート、フットサポート及びアームサポート等について行うもの			

(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●

新		旧	
別表2 補装具判定・判断基準		別表2 補装具判定・判断基準	
I	義 肢	I	義 肢
1 義 手		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)。 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)	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)。 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	名 称	個 別 要 件 等
肩 義 手	○ 肩甲胸郭間切断者 ○ 肩関節離断者	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	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	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	前 腕 義 手	○ 前腕切断者
手 義 手	○ 手関節離断者	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	○ 手根中手切断者	手 部 義 手	○ 中手骨部(手掌部)切断者
手 指 義 手	○ 手指切断者	手 指 義 手	○ 指切断者
型 式	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	型 式	装飾用 ○ 基本的要件を満たす者
	その他 ○ 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		作業用 ○ 職場及び家庭で重作業を行う者
	電動式 ○ 事前に専門の施設において装着訓練を受け、使用可能と判断された者		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
備 考	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。 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。 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) 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。	@	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。 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。 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) 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。
2 義 足		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)。	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	名 称	個 別 要 件 等
股 義 足	○ 骨盤切断者 ○ 股関節離断者 ○ 大腿切断極短断端者	股 義 足	○ 骨盤切断者 ○ 股関節離断者 _____
大 腿 義 足	○ 大腿切断者	大 腿 義 足	○ 大腿切断者
膝 義 足	○ 膝関節離断者	膝 義 足	○ 膝関節離断者
下 腿 義 足	○ 下腿切断者	下 腿 義 足	○ 下腿切断者 ○ サイム切断者
サ イ ム 義 足	○ 足関節離断者	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	○ 足根中足切断者(ボイド切断及びピロゴフ切断を含む)	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 趾 義 足	○ 足指切断者	足 指 義 足	○ 足指切断者
型 式	常用 ○ 基本的要件を満たす者	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		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。 2 必要に応じて常用と作業用の併給が可能である。 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。 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。	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。 2 必要に応じて常用と作業用の併給が可能である。 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。 4 作業用の外装は、塗装等必要最小限とする。

新		旧	
Ⅱ 装 具		Ⅱ 装 具	
1 下肢装具・靴型装具		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)。	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	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	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 ○ 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 ○ 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	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 ○ 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 ○ 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	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 ○ 下腿骨に異常があり、下腿への体重負荷が難しい者	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 ○ 下腿骨に異常があり、下腿への体重負荷が難しい者
足 装 具	○ 足部に変形、痛みなどがある者 ○ 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 ○ 下肢に短縮がある者	ツイスタニ	○ 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
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 ○ 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 ○ 下肢に短縮がある者	足 底 装 具	○ 足部に変形、痛みなどがある者 ○ 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 ○ 下肢に短縮がある者
備 考	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。 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。 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。 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。	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 ○ 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 ○ 下肢に短縮がある者
		備 考	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。 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。 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。 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。
2 体幹装具		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)。	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	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	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 腰 仙 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	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 仙 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	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	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 弯 症 装 具	○ 脊椎に側弯がある者	側 弯 矯 正 装 具	○ 脊椎に側弯がある者

新	旧																																														
<p>3 上肢装具</p> <table border="1"> <tr> <td>基本的要件</td> <td>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)。</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>個別要件等</td> </tr> <tr> <td>肩装具</td> <td>○ 肩関節に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>肘装具</td> <td>○ 肘関節に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>手関節装具</td> <td>○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者 ○ 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</td> </tr> <tr> <td>手装具</td> <td>○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮、屈曲拘縮などがある者(CM関節を含む)</td> </tr> <tr> <td>指装具</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td>B . F . O .</td> <td>○ 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</td> </tr> </table> <p>Ⅲ 姿勢保持装置</p> <table border="1"> <tr> <td>基本的要件</td> <td>体幹及び四肢機能に障がいがあるため、自力で座位等の姿勢を保持できない者又は長時間の座位等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、姿勢保持装置を使用することにより、自力での姿勢保持が可能になり、姿勢の耐久性・安定性の向上が図られる者(難病患者等を含む)。</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td>立位訓練を目的とするものは、姿勢保持装置の購入に係る補装具費の支給目的に馴染まない。</td> </tr> </table>	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	手関節装具	○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者 ○ 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	手装具	○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮、屈曲拘縮などがある者(CM関節を含む)	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	基本的要件	体幹及び四肢機能に障がいがあるため、自力で座位等の姿勢を保持できない者又は長時間の座位等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、姿勢保持装置を使用することにより、自力での姿勢保持が可能になり、姿勢の耐久性・安定性の向上が図られる者(難病患者等を含む)。	備考	立位訓練を目的とするものは、姿勢保持装置の購入に係る補装具費の支給目的に馴染まない。	<p>3 上肢装具</p> <table border="1"> <tr> <td>基本的要件</td> <td>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)。</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>個別要件等</td> </tr> <tr> <td>肩装具</td> <td>○ 肩関節に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>肘装具</td> <td>○ 肘関節に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>手背屈装具</td> <td>○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>長対立装具</td> <td>○ 手関節母指に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>短対立装具</td> <td>○ 母指に筋力低下、変形などがある者</td> </tr> <tr> <td>把持装具</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td>MP屈曲装置</td> <td>○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮などがある者</td> </tr> <tr> <td>MP伸展装置</td> <td>○ 示指～小指のMP関節に屈曲拘縮がある者</td> </tr> <tr> <td>指装具</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td>B . F . O .</td> <td>○ 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</td> </tr> </table> <p>Ⅲ 座位保持装置</p> <table border="1"> <tr> <td>基本的要件</td> <td>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)。</td> </tr> </table>	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	MP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	MP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	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)。
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																																														
手関節装具	○ 手関節手指に筋力低下、変形などがある者 ○ 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																																														
手装具	○ 示指～小指のMP関節に過伸展、伸展拘縮、屈曲拘縮などがある者(CM関節を含む)																																														
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																																														
基本的要件	体幹及び四肢機能に障がいがあるため、自力で座位等の姿勢を保持できない者又は長時間の座位等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、姿勢保持装置を使用することにより、自力での姿勢保持が可能になり、姿勢の耐久性・安定性の向上が図られる者(難病患者等を含む)。																																														
備考	立位訓練を目的とするものは、姿勢保持装置の購入に係る補装具費の支給目的に馴染まない。																																														
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																																														
MP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																																														
MP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																																														
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)。																																														

新		旧		
IV 車椅子・電動車椅子		IV 車椅子・電動車椅子		
1 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る者、義肢・装具・杖等の補装具を使用しても歩行が困難な者。	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る者、義肢・装具・杖等の補装具を使用しても歩行が困難な者。	
名称	個 別 要 件 等	名称	個 別 要 件 等	
自 走 用	○ 自らが駆動及び操作できる者	※ 普 通 型	○ 基本的要件を満たす者	
企 助 用	○ 障がい状況から車椅子操作が難しく、移動は介助者の操作による者 ○ 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 ○ その他上記に準ずる障がい状況と診断される者	手 動 リ フ ト 式 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 ※ 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。	
機 構	リクライニング機構	※ 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	
	ティルト機構	※ 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	
	ティルト・リクライニング機構	レ バ ニ 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	
種 別	リフト機構	※ 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 ○ 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 ○ その他上記に準ずる障がい状況と診断される者	
	モジュラー式	リクライニング式 (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 ○ 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がある者 ○ 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がある者 ○ 股関節拘縮や強直がある者	
	オーダーメイド式	テ ィ ル ト 式 (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	
レディメイド式	○ レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能なる者	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 ○ 障がいの身体状況に個別に対応することが必要な者	
※ 構造部品加算及び付属品の対象者は、補装具費支給事務取扱要領(平成30年3月23日付け障企自発0323第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知)に定めるとおり。		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	(ア)(イ)(ウ)(エ)	○ 軽・中度等の知覚障がいがある者 ○ 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 ○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者
			クッション	※ (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 (ウ)ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (エ)バルブを開閉するだけで空気を調節するもの → 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(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(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	
		フローテーションパッド	○ 高度の知覚障がいがある者 ○ 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者 ○ 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧ができない者	
		品	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

新	旧																																																																																																																										
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1581 212 1765 520">アームサポート</td> <td data-bbox="1765 212 2659 279">高さ角度調整式</td> <td data-bbox="2659 212 2736 279">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 279 1765 327">高さ調整式(段階調整式)</td> <td data-bbox="1765 279 2659 327">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 327 1765 375">角度調整式</td> <td data-bbox="1765 327 2659 375">○ 上肢筋力低下により、ティルト時に肘が落ちる場合</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 375 1765 424">跳ね上げ式及び脱着式</td> <td data-bbox="1765 375 2659 424">○ 移乗動作時に必要な者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 424 1765 472">拡張</td> <td data-bbox="1765 424 2659 472">○ 上肢筋力低下により、肘が落ちやすい者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 472 1765 520">延長</td> <td data-bbox="1765 472 2659 520">○ リクライニング時に肘が落ちる者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 520 1765 667">レッグサポート</td> <td data-bbox="1765 520 2659 569">脱着式</td> <td data-bbox="2659 520 2736 569">○ 足こぎが主な操作手段の者 移乗動作時に必要な者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="1765 569 2659 617">拳上式及び開閉拳上式</td> <td data-bbox="2659 569 2736 617">○ 膝関節の屈曲制限がある者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="1765 617 2659 667">開閉・脱着式</td> <td data-bbox="2659 617 2736 667">○ 移乗動作時に必要な者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 667 1765 716">フットサポート</td> <td data-bbox="1765 667 2659 716">前後・角度・左右調整</td> <td data-bbox="2659 667 2736 716">○ 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乘車する者等</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 716 1765 764">ヘッドサポートベース</td> <td data-bbox="1765 716 2659 764"></td> <td data-bbox="2659 716 2736 764">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 764 1765 812">シートベルト</td> <td data-bbox="1765 764 2659 812"></td> <td data-bbox="2659 764 2736 812">○ 体幹の支持性が低下し、座位が不安定な者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 812 1765 888">テーブル</td> <td data-bbox="1765 812 2659 888"></td> <td data-bbox="2659 812 2736 888">○ 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 ○ その他、日常生活や職業上テーブルを必要とする者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 888 1765 936">スポークカバー</td> <td data-bbox="1765 888 2659 936"></td> <td data-bbox="2659 888 2736 936">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 936 1765 984">リフレクタ</td> <td data-bbox="1765 936 2659 984"></td> <td data-bbox="2659 936 2736 984">○ 夜間(薄暮)時の走行を必要とする者</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 984 1765 1033">ステッキホルダー</td> <td data-bbox="1765 984 2659 1033"></td> <td data-bbox="2659 984 2736 1033">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1033 1765 1081">泥よけ</td> <td data-bbox="1765 1033 2659 1081"></td> <td data-bbox="2659 1033 2736 1081">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1081 1765 1157">屋外用キャスター(エア式等)</td> <td data-bbox="1765 1081 2659 1157"></td> <td data-bbox="2659 1081 2736 1157">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1157 1765 1232">転倒防止装置</td> <td data-bbox="1765 1157 2659 1232">キャスター無し</td> <td data-bbox="2659 1157 2736 1232">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td data-bbox="1765 1232 2659 1308">キャスター付き折りたたみ式</td> <td data-bbox="2659 1232 2736 1308">○ 頻繁に段差を介助する際等</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1308 1765 1356">滑り止めハンドリム</td> <td data-bbox="1765 1308 2659 1356"></td> <td data-bbox="2659 1308 2736 1356">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1356 1765 1432">キャリパーフレーキ</td> <td data-bbox="1765 1356 2659 1432"></td> <td data-bbox="2659 1356 2736 1432">○ 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 ○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1432 1765 1480">フットブレーキ</td> <td data-bbox="1765 1432 2659 1480"></td> <td data-bbox="2659 1432 2736 1480">○ 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)</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1480 1765 1528">携帯用会話補助装置搭載台</td> <td data-bbox="1765 1480 2659 1528"></td> <td data-bbox="2659 1480 2736 1528">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1528 1765 1577">酸素ボンベ固定装置</td> <td data-bbox="1765 1528 2659 1577"></td> <td data-bbox="2659 1528 2736 1577">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1577 1765 1625">人工呼吸器搭載台</td> <td data-bbox="1765 1577 2659 1625"></td> <td data-bbox="2659 1577 2736 1625">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1625 1765 1701">栄養パック取付用ガードル架</td> <td data-bbox="1765 1625 2659 1701"></td> <td data-bbox="2659 1625 2736 1701">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1701 1765 1749">点滴ポール</td> <td data-bbox="1765 1701 2659 1749"></td> <td data-bbox="2659 1701 2736 1749">○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1749 1765 1797">車載時固定用フック</td> <td data-bbox="1765 1749 2659 1797"></td> <td data-bbox="2659 1749 2736 1797">○ 車載固定等</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1797 1765 1845">日よけ(雨よけ)</td> <td data-bbox="1765 1797 2659 1845"></td> <td data-bbox="2659 1797 2736 1845">○ 雨天外出が多い者 直射日光に弱い者 傘ホルダー等</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1845 1765 1894">成長対応型加算</td> <td data-bbox="1765 1845 2659 1894"></td> <td data-bbox="2659 1845 2736 1894">○ 購入時に大幅な変更が見込まれる者等</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1581 1894 1765 1942">痰吸引器搭載台</td> <td data-bbox="1765 1894 2659 1942"></td> <td data-bbox="2659 1894 2736 1942">○ 痰吸引器を常時使用する必要がある者</td> </tr> </table>	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(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		レッグサポート	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	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乘車する者等		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 ○ 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(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		キャリパーフレーキ		○ 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 ○ 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
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(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																																																																																																																									
	レッグサポート	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	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乘車する者等																																																																																																																								
	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 ○ 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(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																																																																																																																								
	キャリパーフレーキ		○ 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 ○ 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量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。 | |

新		旧	
2 電動車椅子		2 電動車椅子	
基本的要件	<p>下記要件のすべて(①については、1のア・イ又は2のいず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られる者 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 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 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 -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 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 ③ 歩行者として、必要最低限の交通規則を理解している者 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 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>	基本的要件	<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られる者 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 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 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 -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 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 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 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 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		名称	
標準形	低速用	普通型	4.5km/H ○ 基本的要件を満たす者
	中速用		6.0km/H ○ 周囲の環境に合わせ、速度調整ができる者
簡易形		簡易型	○ 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		○ 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		○ 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
機構	手動リクライニング機構	リクライニング式普通型	○ 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 ○ 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 ○ 股関節拘縮や強直がある者
	電動リクライニング機構	電動リクライニング式普通型	○ 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
	電動ティルト機構	電動ティルト式普通型	○ 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
	電動ティルト・リクライニング機構	電動リクライニング・ティルト式普通型	○ 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
	電動リフト機構	電動リフト式普通型	○ 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 ※ 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。
種別	モジュラー式		標準
	オーダーメイド式		○ 体格・体型等から、モジュラー式では適合するものがない者 ○ 障がいの状況から、本人の身体に個別に対応することが必要な者
	レディメイド式		○ レディメイド式の機能により身体機能の補完が可能なる者
※ 構造部品加算及び付属品の対象者は、補装具費支給事務取扱要領(平成30年3月23日付け障企自発0323第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課自立支援振興室長通知)に定めるとおり。			

新	旧																													
	<p style="text-align: center;">【 付 属 品 】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f7fa;"> <th style="width: 20%;">名 称</th> <th style="width: 80%;">個 別 要 件 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>バックサポート</td> <td rowspan="10" style="text-align: center; vertical-align: middle;">○ 車椅子に同じ</td> </tr> <tr><td>アームサポート</td></tr> <tr><td>ヘッドサポート</td></tr> <tr><td>シートベルト</td></tr> <tr><td>テーブル</td></tr> <tr><td>クッション</td></tr> <tr><td>フローテーションパッド</td></tr> <tr><td>リフレクタ</td></tr> <tr><td>開閉・脱着式 レッグサポート</td> <td style="text-align: center;">○ 移乗動作時に必要な者</td> </tr> <tr><td>外部充電器 コントローラ等</td> <td style="text-align: center;">○ 必要に応じ処方される</td> </tr> <tr> <td>クライマーセット フロントサブホイール</td> <td style="text-align: center;">○ 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</td> </tr> <tr> <td>ステッキホルダー</td> <td rowspan="10" style="text-align: center; vertical-align: middle;">○ 車椅子に同じ</td> </tr> <tr><td>転倒防止装置</td></tr> <tr><td>携帯用会話補助装置搭載台</td></tr> <tr><td>酸素ボンベ固定装置</td></tr> <tr><td>人工呼吸器搭載台</td></tr> <tr><td>栄養パック取付用 ガードル架</td></tr> <tr><td>点滴ポール</td></tr> <tr><td>車載時固定用フック</td></tr> <tr><td>日よけ(雨よけ)</td></tr> <tr><td>成長対応型加算</td></tr> <tr><td>痰吸引器搭載台</td></tr> </tbody> </table>	名 称	個 別 要 件 等	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 レッグサポート	○ 移乗動作時に必要な者	外部充電器 コントローラ等	○ 必要に応じ処方される	クライマーセット 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	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 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
名 称	個 別 要 件 等																													
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 レッグサポート		○ 移乗動作時に必要な者																												
外部充電器 コントローラ等		○ 必要に応じ処方される																												
クライマーセット 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																													
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 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																														

新	旧																																																																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> V その他肢体不自由者用 </div> <p>1 歩行器</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <td>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)。</td> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0ffff;">名 称</th> <th style="background-color: #e0ffff;">個 別 要 件 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">六輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">四輪型</td> <td style="background-color: #e0ffff;">腰掛付き</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: #e0ffff;">腰掛なし</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">三輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">二輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">固定型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">交互型</td> <td>○ 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 ○ 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</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 歩行補助つえ</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <td>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)。</td> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0ffff;">名 称</th> <th style="background-color: #e0ffff;">個 別 要 件 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ロフストラントクラッチ</td> <td>○ 歩行能力の改善のために軽い支持を必要とする者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">松葉づえ</td> <td>○ 歩行能力の改善のために腋下支持を必要とする者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">カナディアンクラッチ</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">多脚つえ</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">プラットホーム杖</td> <td>○ 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</td> </tr> </tbody> </table>	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	腰掛付き	○ 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 ○ 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	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	多脚つえ	○ 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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> V その他肢体不自由者用 </div> <p>1 歩行器</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <td>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)。</td> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0ffff;">名 称</th> <th style="background-color: #e0ffff;">個 別 要 件 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">六輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">四輪型</td> <td style="background-color: #e0ffff;">腰掛付き</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="background-color: #e0ffff;">腰掛なし</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">三輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">二輪型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">固定型</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">交互型</td> <td>○ 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 ○ 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</td> </tr> </tbody> </table> <p>2 歩行補助つえ</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">基本的要件</th> <td>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)。</td> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0ffff;">名 称</th> <th style="background-color: #e0ffff;">個 別 要 件 等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ロフストラントクラッチ</td> <td>○ 歩行能力の改善のために軽い支持を必要とする者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">松葉づえ</td> <td>○ 歩行能力の改善のために腋下支持を必要とする者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">カナディアンクラッチ</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">多点杖</td> <td>○ 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</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">プラットホーム杖</td> <td>○ 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</td> </tr> </tbody> </table>	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	腰掛付き	○ 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 ○ 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	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
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	腰掛付き	○ 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 ○ 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																																																																				
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																																																																				
多脚つえ	○ 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																																																																				
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	腰掛付き	○ 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 ○ 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																																																																				
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																																																																				