

福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領

福島県障がい者総合福祉センター

1 目的

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

2 要否判定の区分

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

ア 新規支給

義肢、装具、姿勢保持装置、補聴器、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド式）、電動車椅子（標準形）、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

イ 再支給

- (7) 骨格構造義肢、電動車椅子（標準形）及び電動車椅子（簡易形）に係るすべての再支給
- (4) 殻構造義肢、装具、姿勢保持装置、補聴器、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド式）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（モジュラー式及びオーダーメイド式）については、別表1「車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表」（以下「別表1」という。）において、「区分1」に掲げるものに限る。）

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

ウ 修理

上記アに掲げる補装具に係る医学的所見を必要とする修理（ただし、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド式）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。）

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。

(2) センターの判定を必要としない補装具

ア 市町村が、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医その他の医師（指針第2の2の2-1の(4)のイに定める医師並びに保健所の医師又は難病法第6条第1項に基づく指定医。以下「指定医等」という。）が作成した補装具費支給要否意見書（以下「意見書」という。）で判断できる補装具

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

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

(イ) 車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド式）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。）

(ロ) 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。）

(ハ) 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）に係る新規支給及び医学的所見を必要とする再支給又は修理（別表1において「区分1」及び「区分2」に掲げるものとする。）

イ 市町村が申請書等で要否判断できる補装具

(ア) 視覚障害者安全つえ、歩行補助つえ、車椅子（レディメイド式介助用のうち機構加算のないもの）の新規支給、再支給又は修理

(イ) 殻構造義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子（上記(ア)以外の車椅子）、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。）

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

3 要否判定・判断の方法

(1) センターが行う要否判定

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

ア 相談会判定のみ行う補装具

骨格構造義肢、電動車椅子（標準形）及び電動車椅子（簡易形）

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

殻構造義肢、装具、姿勢保持装置、車椅子（モジュラー式及びオーダーメイド式）及び重度障害者用意思伝達装置（必要に応じて実態調査を行う。）

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

(2) 市町村が行う要否判断

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

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

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

4 判定依頼

(1) 手続

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

なお、相談会判定の依頼は、相談会開催日の10日前までに行うこと。

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。

ア 意見書

イ 補装具費支給に係る借受けに関する調査書（様式第2号の1）

ウ 車椅子等調査書（様式第2号の2）

エ 車椅子の寸法表（相談会判定の場合に限り、電動車椅子（簡易形）の本体車椅子を含む。
様式は任意。）

オ 車椅子等支給に係る介護保険調査書（様式第2号の3）

カ 重度障害者用意思伝達装置調査書（様式第2号の4）

キ 特例補装具費支給申請理由書（様式第6号）

ク 診断書（様式第8号）

(2) 意見書の様式

意見書は次の補装具ごとに作成するものとし、その様式は別紙のとおりとする。

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

5 判定・判断基準

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

6 判定書の交付

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

7 検収

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

(1) 検収を行う補装具

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

(2) 検収の方法

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

8 適合判定・確認

製作し、又は修理した補装具の適合判定・確認は、次により行う。

(1) センターの判定に基づき製作し、又は修理した補装具の適合判定

ア 適合判定を行う補装具

義肢、装具、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 適合判定の方法

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

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

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

(2) 市町村の要否判断に基づいて製作し、又は修理した補装具の適合の確認

ア 意見書を作成した指定医等が作成する適合意見書により確認する補装具

(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）

(4) 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

(4) 申請書等により判断して製作し、又は修理した補装具

9 特例補装具（指針第2の1の（4）に規定する補装具）

(1) 判定依頼の手続

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

ア 特例補装具費支給申請理由書（様式第6号）

イ 補装具費支給要否意見書（相談会判定の場合は不要）

ウ 特例補装具の名称・形式等を判別できるカタログ・仕様書等

エ 特例補装具の価格を証する書類（見積書等）

(2) 要否判定の方法

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

イ 判定方法は、3に準じる。

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

(3) 検収及び適合判定

検収は7に、適合判定は8に準じて行う。

10 判定依頼の取下げ

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

11 借受け費の判定等

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

(1) 借受けの対象品目

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

(2) 要否判定等

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

(3) 判定依頼等

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

附則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成22年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成26年7月1日から施行する。

附則

この要領は、平成28年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年6月1日から施行する。

附則

この要領は、平成30年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和2年6月1日から施行する。

附則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和6年1月1日から施行する。

附則

この要領は、令和6年6月1日から施行する。

(参考) 判定・判断区分

種 目	判定区分		判定・判断機関及び方法			備 考		
	区 分		センター	市町村 (意見 書等)	市町村 (申請 書等)			
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(殻) 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	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	
	①自走用レディ メイト式 ②介助用レディ メイト式で機構 加算のあるもの	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		○		別表1の「区分1」「区分2」	
			医学的所見を必要としない再支給・修理			●		
	適合判定(確認)				●	●		
介助用レディメイト式で機構加算のないもの	要否判定(判断)	新規・再支給・修理			●			
	適合判定(確認)				●			
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

判定依頼書（補装具費）

第 号
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

下記の者に対する判定を依頼します。
記

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

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

補装具費支給に係る借受けに関する調査書

調査年月日	年 月 日
市町村名	
調査担当者	

氏名		男・女	年 月 日生	歳
種目	1 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		

注1) 相談会月日の欄は、相談会判定による判定依頼の場合のみ記入すること。

注2) 医師名欄は記入不要。

車 椅 子 等 調 査 書

調 査 年 月 日	年 月 日
市 町 村 名	
調 査 担 当 者	

氏 名			男・女	年 月 日生	歳
車椅子の 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 環 境	屋 内	住宅の形態	1 自家 2 賃貸(①一軒屋 ②アパート等) → <input type="checkbox"/> 一般用 <input type="checkbox"/> 障がい者用 4 施設		
		住宅の改造	1 車椅子用に改造済み 2 改造予定(年 月) 3 改造していない		
		使用可能場所	1 居間 2 寝室 3 廊下 4 洗面所 5 トイレ 6 浴室		
	屋 外	日常生活圏	1 行動半径 → 約 m・km		
		居住環境	1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯		
		地 形	1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい		
			交通量	1 多い 2 普通 3 少ない	
		道 路 の 状 況	路面	1 舗装(全域) 2 一部舗装 3 未舗装 4 悪路	
			歩・車道の区分	1 あり(全域) 2 一部あり 3 なし(全域)	
			交通信号	1 あり 2 なし	
危険箇所	1 踏切 2 用水路・川 3 池 4 側溝(蓋なし)				
入 院 中 の 場 合	病 院 名				
	入 院 の 目 的				
	入院の時期及び退院見込み		入院: 年 月 日 ・ 退院: 年 月 日		
	入院中に必要な理由		1 在宅に向けての使用訓練 2 退院する見込みがなく、病院が生活の場となっている 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 ()		
一 個 の 申 請	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は、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

車椅子等支給に係る介護保険調査書

調査年月日	年 月 日
-------	-------

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

所属		氏名	
----	--	----	--

注1 本調査書は、介護支援専門員が記入すること。

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

重度障害者用意思伝達装置調査書

調査年月日	年 月 日
市町村名	
調査担当者	

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

注: 選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

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

補装具費支給要否意見書(殻構造義手)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳							
住所												
障がい名												
原因となった 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()					
	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 状況	断端	断端長	cm									
		形状	骨端部の突出	1	あり	2	なし					
	浮腫		1	あり	2	なし						
	断端の形		1	円錐形	2	円筒形	3	しもぶくれ	4	その他()		
	皮膚	術創の状態	1	治癒	2	未治癒	3	治癒しているが問題あり	→	<input type="checkbox"/> 癒着	<input type="checkbox"/> ドッグイヤー	
		癒痕の有無	1	術創以外なし	2	あり	3	骨性癒着	→	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		一般状態	1	正常	2	異常に乾燥	3	異常に湿潤	4	知覚	→	<input type="checkbox"/> 正常
	皮下組織	量	1	厚い	2	中等度	3	薄い	4	骨の異常()		
			硬さ	1	普通	2	硬い	3	柔らかい			
		その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない									
	血流(循環)	皮膚の色	1	正常	2	白っぽい	3	赤い	4	チアノーゼ		
		皮膚温	1	正常	2	高い	3	低い				
	痛み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛										
	幻肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性:)										
状況	上肢関節機能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】										
その他の所見												
必要とする義手	<input type="checkbox"/> 肩 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間切断用										
	<input type="checkbox"/> 上腕 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 吸着式										
	<input type="checkbox"/> 肘 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 吸着式										
	<input type="checkbox"/> 前腕 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 顆上懸垂式 <input type="checkbox"/> スプリット										
	<input type="checkbox"/> 手 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用)										
	<input type="checkbox"/> 手部 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用)										
	<input type="checkbox"/> 手指 義手	1 能動式 2 その他(装飾用)										
使用効果見込												

処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処	方 部 位	A 右 B 左 C 両側			
ソ	ケ ッ ト	A 皮革 B 熱硬化性樹脂 C 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 電動式			
ソ	フ ト イ ン サ ー ト	A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 完成用部品(ライナー)			
支 持 部	肩 部	A 能動式 B 電動式 C その他 <input type="checkbox"/> 修正有り			
	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			
	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			
	手 部	A 電動式			
義 手 用 ハ ー ネ ス	肩 義 手 用	A 胸郭バンド式肩ハーネス一式 B 肩たすき一式			
	上 腕 義 手 用 肘 義 手 用	A 胸郭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			
	前 腕 義 手 用 手 義 手 用 手 部 義 手 用	A 胸郭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 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)			
断	端 袋	A 上腕用 B 前腕用			
外	装	A 皮革 B プラスチック C 塗装			
完 成 用 部 品	肩 継 手	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式			
	肘 継 手	A 硬性たわみ式 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			
	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 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			
	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			
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名		期間	か月
	理由				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

(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下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

氏 名		男 女		生年月日		年 月 日生		歳		
住 所										
障 が い 名										
原因となった 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 況	断 端 の 状 態	断 端 長	cm (健常肢側の %)							
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし						
			浮 腫	1 あり 2 なし						
	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							
		癒痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
		一般状態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常()							
	皮 下 組 織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常()							
		硬 さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい							
		そ の 他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない							
	血 流 (循 環)	皮 膚 の 色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ							
		皮 膚 温	1 正常 2 高い 3 低い							
		脈 動	1 あり 2 なし → <input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> 足背動脈							
	痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛								
	幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性:)								
下 肢 関 節 機 能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】									
そ の 他 の 所 見										
必 要 と す る 義 足	<input type="checkbox"/> 股 義 足	<input type="checkbox"/> 片側骨盤切断用							チェ ック ソ ケ ット <input type="checkbox"/>	
	<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 5 TSB式 <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	1 足袋式 2 下腿部支持式								
	<input type="checkbox"/> 足 趾 義 足									
使 用 効 果 見 込										

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	ツ	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"/> カーボンストックネット積層										
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	<input type="checkbox"/> 修正有り									
			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							
			足	部	A 軟性発泡樹脂									
懸	垂	用	部	品	股	義	足	用	A 懸垂帯一式					
					大	腿	義	足	・	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
					下	腿	義	足	・	サイ	ム	義	足	用
断	端	袋	A 大腿用 B 下腿用											
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"/> 大腿遊動式 <input type="checkbox"/> 下腿遊動式						
					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 M バンパー						
					<input type="checkbox"/> 借受け	部	品	名	期	間	か	月		
		理	由											
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>														

(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。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 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						

処	方	使用材料・型式等								
処	方	部	位	A 右 B 左 C 両側						
採	型	採	寸	A 採型 B 採寸						
継 手	股	継	手	A 固定 B 遊動						
	膝	継	手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手						
	足	継	手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手						
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 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。									
支 持 部	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 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				
	大	腿	支	持	部	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				
	下	腿	支	持	部	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				
	足	部			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					
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 ダイアルロック 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				
完 成 用 部 品	股	継	手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストッパー付輪止式 3 ダイアルロック式 B 遊動式						
	膝	継	手	A 遊動式 → 1 普通型 2 オフセット B ロック式 C スイスロック式 D トライラテラル E ダイアルロック F 多軸膝 → 1 遊動式 2 固定式 G コンピュータ制御						
	足	継	手	A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式						
	あ	ぶ	み	A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 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						
	そ			他			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			
	□ 借受け		部品名	理由		期間	か月			
靴 型 装 具	製		作		方		法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式		
	補	高	高	さ	cm		A 敷き革式 B 靴の補高			
	ヒール			の			補	正	A トルクヒール B 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	
	足			底			の	補	正	A 内側ソール・ウェッジ B 外側ソール・ウェッジ C デンバーパー D トーマスパー E メイヤー半月パー F メタターサルパー G ハウザーパー H ロッカーパー I 蝶型踏み返し
	付		属		品		等		A 月型の延長 B スチールバネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背ベルト F ベルト(裏付き)の追加	
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(装具)又は身体の成長に伴い、補装具の短期間の利用が適当である理由(歩行器)を記入すること。

補装具費支給要否意見書(上肢装具)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 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					

処	方	使用材料・型式等			
処	方	部位	A 右 B 左 C 両側 ()指		
採	型	採寸	A 採型 B 採寸		
継 手	肩	継手	A 固定式 B 遊動式 C 肩回旋装置		
	肘	継手	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	手	継手	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	M	P	継手	A 固定式 B 遊動式	
	I	P	継手	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 持 部	胸	郭	支持部	A 硬性 B フレーム	
	骨	盤	支持部	A 硬性 B フレーム	
	上	腕	支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 上腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造	
	前	腕	支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 前腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造	
	手	部	背側	パッド	A 硬性 B フレーム
	手	掌	パ	ッド	A 硬性 B フレーム
付	属	品	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・屈曲補助バネ □ 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 成 用 部 品	肩	継手			
	肘	継手			
	手	継手			
	把持		装具用	部品	
	指		装具用	部品	
	<input type="checkbox"/>	借受け	部品名	期間	か月
		理由			
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療科名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

【記入上の留意事項】

(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。

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"/> 頰椎装具	A 硬性 B フレーム C カラー D 斜頸矯正用枕			
	<input type="checkbox"/> 胸腰仙椎装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 腰仙椎装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 仙腸装具	A 硬性 B フレーム C 軟性 D 骨盤帯			
	<input type="checkbox"/> 側弯症装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
採 型 ・ 採 寸		A 採型 B 採寸			
支 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 □ サンドイッチ構造			
	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 □ サンドイッチ構造			
	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 □ サンドイッチ構造			
	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 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			
	骨 盤 支 持 部	A 皮革(補強材を含む) B 硬性 ヘルピックガードル □ サンドイッチ構造			
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			
	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			
	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			
	※ 高さ調整は、頸椎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えることができる。					
完 成 用 部 品	部 品 名				
	部 品 名		期間	か月	
<input type="checkbox"/> 借受け		理由			
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

(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下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 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	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						

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(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))」又は「補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(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 理由			期間	か月	
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

【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。

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))

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 <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					
機 構	<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"/> ティルト機 構	※ 長時間の座位保持が困難な者であつて、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					
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 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"/> ヒールループ(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"/> 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ドル架					
	<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"/> ブレーキ延長レバー(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パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造						
<input type="checkbox"/> その他 ()							
		車椅子の寸法  <p>※ティップイン'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>					

【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)

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		内		容	
必要とする電動車椅子	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				
	機構	<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				
<input type="checkbox"/> 電動リフト機構	□ 就労若しくは就学のために真に必要なと認められる者						
※ 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 □ 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		□ ワイドフレーム □ 延長(頭頸部まで) □ 高さ調整 □ 背座角度調整 □ 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	
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)		□ 前後調整(右・左・両) □ 角度調整(右・左・両) □ 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		□ 高さ調整 □ 角度調整 □ 拡幅(右・左・両) □ 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					
キヤスタ		1 エア(標準) 2 ノーパンク					
付属品	<input type="checkbox"/> ヒールループ(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)

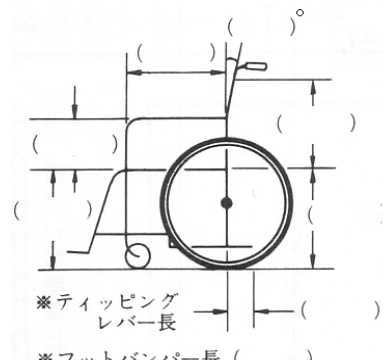
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者と立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 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	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	歩行の状態				
	座位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(時間・分) 3 不可			
	立位保持	1 自力にて可(時間・分) 2 支持があると可(時間・分) 3 不可			
	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可			
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし			
	臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり			
操 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	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 <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		
機 構	<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"/> 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			
使用効果見込					

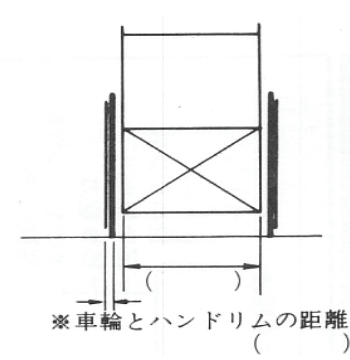
処 方 内 容	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 本)
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input 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パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールループ(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"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)
	<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 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	

車椅子の寸法



※ティッピングレバー長 ()

※フットバンパー長 ()



※車輪とハンドリムの距離 ()

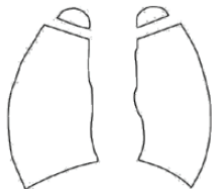
【記入上の留意事項】

(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

補装具費支給要否意見書(車椅子)

心臓機能障がい者用

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	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	臨 床 所 見				
	胸部X線写真所見(年 月 日)			心電図所見(年 月 日)	
					
	心胸比:()%				
歩行についての 所見					
社会生活について の所見					
その他の所見					
操 作 能 力 等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 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 }			
必 要 と す る 車 椅 子	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 <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		
	機 構	<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"/> 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			
使用効果見込					

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"/> レックベルト全面張り
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パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールループ(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"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)
	<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 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	

車椅子の寸法

※ティッピングレバー長 ()

※フットバンパー長 ()

※車輪とハンドリムの距離 ()

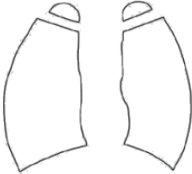
【記入上の留意事項】

(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

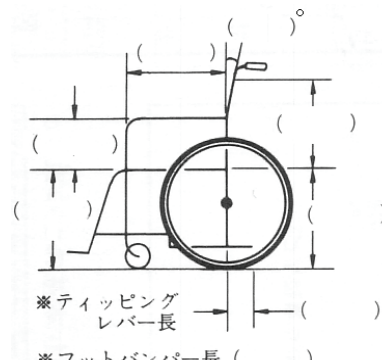
補装具費支給要否意見書(車椅子)

呼吸器機能障がい者用

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障 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)				
			ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中等度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)		
	心胸比:()%				
	換気の機能 (年 月 日)				
	ア 予測肺活量 ml イ 1秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % (=イ/ア × 100)				
	動脈血ガス (年 月 日)				
	ア O2分圧 : Torr イ CO2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 <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				
機構	<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"/> 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				
使用効果見込					

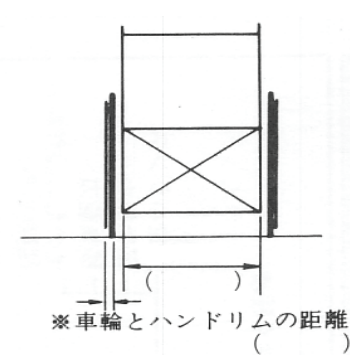
処 方 内 容	
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() 本)
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input 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"/> レックベルト全面張り
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パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールループ(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"/> ブレーキ延長レバー(右・左・両)
	<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 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	

車椅子の寸法



※ティッピングレバー長 ()

※フットバンパー長 ()



※車輪とハンドリムの距離 ()

【記入上の留意事項】

(R6.6)

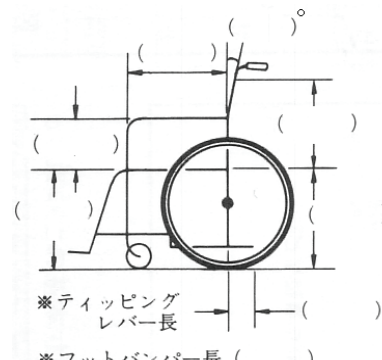
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項

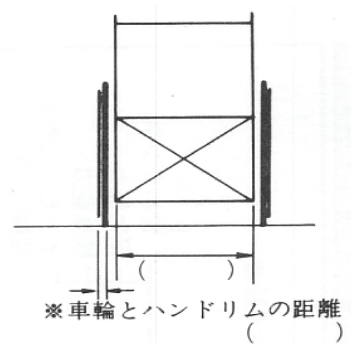
補装具費支給要否意見書(車椅子)

平衡機能障がい者用

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所					
障 が い 名					
原因となった 疾 病 ・ 外 傷 名		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
		疾病・外傷発生年月日		年 月 日	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				
	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 <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		
機 構	<input type="checkbox"/> 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"/> 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		
使用効果見込					

裏面へ続く

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"/> レックベルト全面張り
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パイプ ②キャスト付き ③キャスト付き折りたたみ構造
	<input type="checkbox"/> ヒールループ(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"/> 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。	<p style="text-align: center;">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>
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

補装具費支給要否意見書(電動車椅子(標準形))

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・外傷発生年月日 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()				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	歩行の状態					
	座位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(時間・分) 3 不可				
	立位保持	1 自力にて可(時間・分) 2 支持があると可(時間・分) 3 不可				
	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可				
	上肢機能	握力	右	kg	左	kg
		【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	手動式 車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 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					
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					
操 作 能 力 等	視力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
	視野	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
	聴力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
	知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
	操作方法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →				
使用効果見込						

処		方		内		容		
必要とする 電動 車椅子	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				
	標準	標準形	<input type="checkbox"/> 低速用	<input type="checkbox"/> 中速用				
	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"/> 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	※ 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	<input type="checkbox"/> 手動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"/> 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"/> 電動テイル機構	※ 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、この電動車椅子を使うことにより、自力でのテイル操作が可能となる者					
		<input type="checkbox"/> 電動リフト機構	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <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 ノーバンク						
キャスタ		1 エア(標準) 2 ノーバンク						
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 ↳ <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"/> 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"/> 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()							
【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】

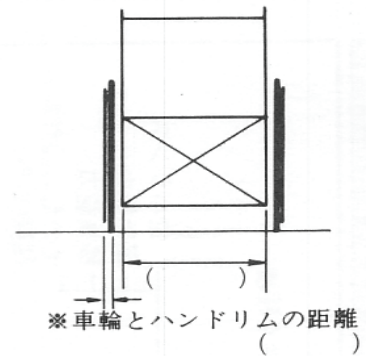
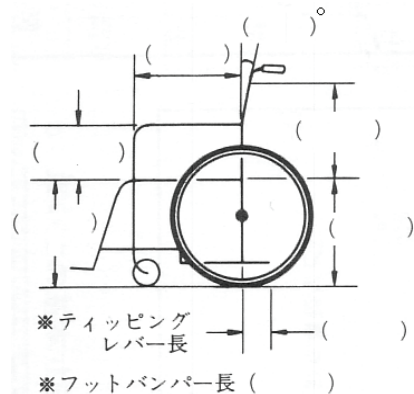
(R6.6)

- 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

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・外傷発生年月日 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()								
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし								
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】								
	歩行の状態									
	座 位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(時間・分) 3 不可								
	立位保持	1 自力にて可(時間・分) 2 支持があると可(時間・分) 3 不可								
	立ち上がる	1 自力にて可 2 介助があると可 3 不可								
	上肢機能	握 力	右	kg	左	kg				
									【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】	
	手動式 車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 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 現在は無いが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし									
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり									
移 乗	1 自力で可 2 一部介助必要 3 全介助									
視 力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
視 野	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
聴 力	1 正常 2 障がいあり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
知的能力等	1 正常 2 知能低下等あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }									
操 作 方 法	1 上肢 → { 右手 左手 } 2 頭部 → 3 その他 →									
必要とする 電動車椅子	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								
	<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									
機 構	<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"/> 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								
使用効果見込										

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	<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"/> 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 医療機関名 所在地 診療科名 作成医師氏名 印		

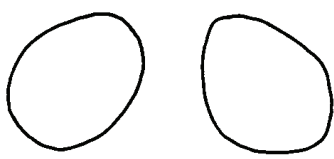
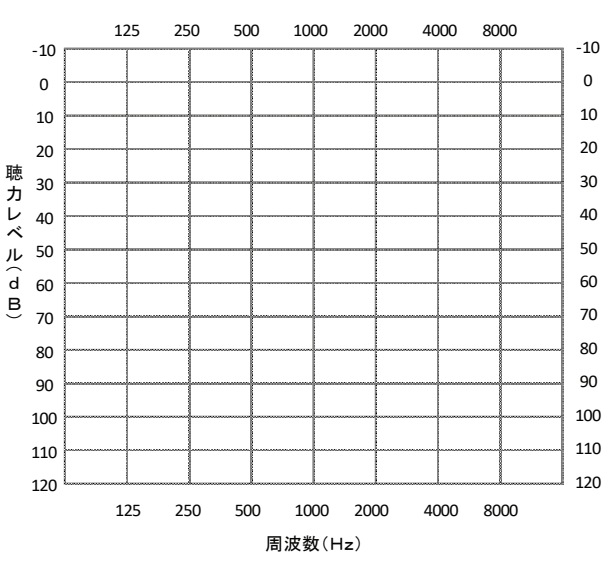


【記入上の留意事項】

(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

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		
聴 覚 障 が い の 状 況	聴力	右 dB	左 dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法		
	障がいの種類	1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴				
	鼓膜の状況					
	聴力検査の結果	【オーディオメーターの型式】 →				
		 <p>記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p>				
語音明瞭度	右 %	左 %	補聴器の必要性が、主に語音明瞭度の低下による場合に記載すること。			
その他の所見	【耳あな型、骨導式を処方する場合はその理由を具体的に記入すること】					
音声・言語機能障がいの状況						

必 要 と す る 補 聴 器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合			
	<input type="checkbox"/> 高度難聴用	1	ポケット型	2 耳かけ型	
		3	耳あな型(レディメイド)	4 耳あな型(オーダーメイド)	
			※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象		
	<input type="checkbox"/> 重度難聴用	1	ポケット型	2 耳かけ型	3 耳かけ型FM型
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象			
<input type="checkbox"/> 骨導式	1	ポケット型	2 眼鏡型		
	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者				
注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能					
耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】 ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者				
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部の不随意運動等により、耳栓では脱落の恐れがある <input type="checkbox"/> その他()		
使用効果見込					
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					

(H28.06)

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名			男女	生年月日	年 月 日生			歳				
住所												
障がい名												
原因となった疾病・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	視力	裸眼		矯正								
		右	(× D Cyl D Ax)									
	左	(× D Cyl D Ax)										
	現症	右		左								
外眼												
中間透光体												
眼底												
その他の所見												
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド										
	眼鏡	1 矯正用 <input type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者										
処方内容	<input type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、 レンズを指定して下さい				
	<input type="checkbox"/> 近用											
	右							D	D	°	屋外用	
	左							D	D	°	屋内用	
使用効果見込												
上記のとおり意見します。 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 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって記入すること。

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日生	歳	
住 所						
障 が い 名						
原因となった 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	身 体 の 状 況	上肢機能				
		下肢機能				
		人工呼吸器装着 1 あり 2 なし		経管栄養・胃ろう造設 1 あり 2 なし		
	意 思 伝 達 の 状 況	音声機能	1 可能 2 なんとか可能 3 不可能			
			※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。			
		言語機能	1 可能 2 なんとか可能 3 不可能			
	その他					
意思伝達装置 の 操 作 性		操作能力 (知的能力等)	療育手帳の所持 1 あり (A ・ B) 2 なし			
		操作上利用可能な 身体能力				
		操作意欲				
意思伝達装置 の 必 要 性 (使用効果見込)		1 意思伝達装置でなくても良い(他で代用可能) 2 意思伝達装置が望ましい場合がある 3 意思伝達装置が望ましい 4 意思伝達装置でなければならない			(詳しい状況)	
借受け (本体)	部品名				期間	
	理由	か月				
必 要 と す る 装 置			入 力 装 置 (ス イ ッ チ) の 種 類			
<input type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込) <input type="checkbox"/> 固定台(自立スタンド式) <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 固定台(アーム式又はテーブル置き式) <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置			<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式			
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(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって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 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がい の 進 行 に よ り、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。

判 定 書(補装具費)

障 総 第 号
年 月 日

長 様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

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

補 装 具 適 合 判 定 意 見 書

年 月 日

様

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

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

記

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

特例補装具費支給申請理由書

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

担当者	職名		氏名	
-----	----	--	----	--

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

様式第7号

判定依頼取下げ書（補装具費）

第 号
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

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

記

1 氏 名

2 住 所

3 補装具の名称

4 取り下げ理由

診 断 書

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

別表1 車椅子の再支給又は修理に係る判定・判断区分表

判定・判断区分	◎ … 区分1	センターの判定を必要とするもの (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)
	○ … 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)

<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)
(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 等
- ・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	
基本構造	後方大車輪(標準)	●		
	前方大車輪	◎		
	6輪構造	◎		
	幅止め	●		
	修理のみ	フレーム交換	●	
		サイドガード(スカートガード)交換	●	
溶接(修理箇所ごと)		●		
シート	スリング式(標準)	●		
	張り調整式	○		
	板張り式	○	付属品「座板」との併用加算不可	
	奥行調整	○		
バックサポート	スリング式(標準)	●		
	張り調整式	○	付属品「背クッション」との併用加算不可	
	ワイドフレーム	●		
	バックサポート延長(頭頸部まで)	○		
	高さ調整	○		
	背座角度調整	○		
	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	
修理のみ	バックサポートパイプ交換	●		
	バックサポートパイプ取付部品交換	●		
フット・レッグサポート	固定式(標準)	●		
	挙上式	○		
	着脱式	○		
	開閉着脱式	○		
	挙上・開閉着脱式	○		
	レッグベルト全面張り	○		
	修理のみ	フット・レッグサポートベルト交換	●	
		フット・レッグサポートパッド交換	●	
フットサポート	セパレート式(標準)	●		
	セパレート式(二重折込式)	●		
	中折式	●		
	前後調整	○		
	角度調整	○		
	左右調整	○		

構造部品、付属品等		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)	●	
	フレーム一体型 跳ね上げ式	●	
	フレーム一体型 着脱式	●	
	独立型 固定式	●	
	独立型 跳ね上げ式	●	
	独立型 着脱式	●	
	高さ調整	○	
	角度調整	○	
	アームサポート拡幅	●	
	アームサポート延長	●	
サヘッド	修理のみ 肘当て部分のみの交換	●	
	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
	ヘッドサポートパイプ取付部品交換	●	
ブレーキ	駐車ブレーキ(標準)	●	
	介助用ブレーキ	●	
	フットブレーキ	●	
駆動輪・主輪	固定式(標準)	●	
	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
	車軸位置調整	◎	
	キャンバー角度変更	○	
	片手駆動	◎	
	レバー駆動	◎	
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
	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
	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
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
	ノーパンクタイヤ	●	
	修理 チューブ交換	●	
キャスタ	ソリッド(標準)	●	
	衝撃吸収タイプ	●	
	修理 キャスタ取付部品交換	●	
ハンドリム	プラスチック(標準)	●	
	ステンレス	●	
	アルミ	●	
	ピッチ30mmを超えるもの	○	
	片手駆動	◎	
付属品	クッション(カバー付き) 平面形状型	○	
	クッション(カバー付き) モールド型	○	
	クッション(カバー付き) ゲル素材	○	
	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
	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
	クッション(カバー付き) 滑り止め加工	●	
	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	◎	再支給にあたり、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

構造部品、付属品等		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
	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
	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
	背クッション 滑り止め加工	●	
	ヘッドサポート 着脱式(枕含む)	○	
	ヘッドサポート マルチタイプ(枕含む)	○	
	ヘッドサポート 枕(オーダーメイド)	●	
	ヘッドサポート 枕(レディメイド)	●	
	フットサポート ヒールループ	●	
	フットサポート アンクルストラップ	●	
	フットサポート ステップカバー	●	
	テーブル	●	
	テーブル取付部品	●	
	姿勢保持装置「カットアウトテーブル」が必要な場合	●	
	転倒防止装置 パイプ	●	
	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	●	
	栄養パ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	●	部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

別表2

補装具判定・判断基準

I	義	肢
---	---	---

1 義 手

基本的要件		<p>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)</p>
名称		個 別 要 件 等
肩 義 手		○ 肩甲胸郭間切断者 ○ 肩関節離断者
上 腕 義 手		○ 上腕切断者
肘 義 手		○ 肘関節や肘関節の近位での切断者
前 腕 義 手		○ 前腕切断者
手 義 手		○ 手関節離断者
手 部 義 手		○ 手根中手切断者
手 指 義 手		○ 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
	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
	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
備 考		<p>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。</p>

2 義 足

基本的要件		<p>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)。</p>
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
大 腿 義 足		○ 大腿切断者
膝 義 足		○ 膝関節離断者
下 腿 義 足		○ 下腿切断者
サ イ ム 義 足		○ 足関節離断者
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 趾 義 足		○ 足指切断者
型 式	常用	○ 基本的要件を満たす者
	作業用	○ 特殊な作業をする者
備 考		<p>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。</p>

Ⅱ 装 具

1 下肢装具・靴型装具

基本的要件	下肢に障がいがあり、装具の装用により歩行能力の改善や変形の矯正が図られる者(体幹機能障がい3級以上で歩行が困難な者及び難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
股 装 具	○ 股関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者
長 下 肢 装 具	○ 膝関節、足関節に異常運動や筋力低下、変形、痛みなどがある者 ○ 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
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
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

基本的要件	体幹に障がいがあり、歩行能力の改善や坐位の安定性、耐久性の向上、変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
頸 椎 装 具	○ 頸椎に異常運動、筋力低下、変形、痛みなどがある者
胸 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
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
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

3 上肢装具

基本的要件	上肢に障がいがあり、作業能力の改善や変形の矯正が図られる者(難病患者等を含む)。
名 称	個 別 要 件 等
肩 装 具	○ 肩関節に筋力低下、変形などがある者
肘 装 具	○ 肘関節に筋力低下、変形などがある者
手 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

Ⅲ 姿勢保持装置

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。

Ⅳ 車椅子・電動車椅子

1 車椅子

基本的要件	下肢(原則2級以上)・体幹(原則3級以上)・平衡・呼吸器・心臓機能障がい・難病等のため歩行障がいがあつて、義肢・装具・杖等他の補装具を使用しても歩行が困難な者。		
名称	個	別	要件等
自走用	○ 自らが駆動及び操作できる者		
介助用	○ 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		
機構	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	
	ティルト機構	○ 長時間の座位保持が困難な者であつて、自立姿勢変換が困難な者	
	ティルト・リクライニング機構	○ リクライニング機構及びティルト機構について、それぞれ単独では座位保持等の目的が果たせない者	
	リフト機構	○ 障がいの現症、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	
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。

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良い)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</p> <p>①-1 重度の下肢機能障がい者(原則として下肢機能障がい2級以上又は体幹機能障がい3級以上)で</p> <p>ア 上肢機能障がいがあるため手動車椅子の使用が不可能な者又は操作が著しく困難な者</p> <p>イ 上肢機能障がいはないが、使用目的及び日常生活圏の環境等の状況から、電動車椅子を使用しなければ日常生活の自立と社会参加の促進が図られない者</p> <p>-2 呼吸器機能障がい、心臓機能障がい、難病等によって歩行に著しい制限を受ける者又は歩行により症状の悪化をきたす者であって、医学的所見から適応が可能なる者</p> <p>② 視野、視力、聴力等に障がいを有しない者又は障がいを有するが電動車椅子の安全走行に支障がないと判断される者</p> <p>③ 歩行者として、必要最低限の交通規則を理解している者</p> <p>④ 電動車椅子の操作を円滑にできる者</p> <p>【参考】難病患者等に対する電動車椅子の支給について 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		
標 準 形	低速用	○ 基本的要件を満たす者
	中速用	○ 周囲の環境に合わせ、速度調整ができる者
簡 易 形		○ 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	○ 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
	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	○ 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	○ リクライニング機構及びティルト機構について、それぞれ単独では姿勢保持等の目的が果たせない者
	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
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。

V

その他肢体不自由者用

1 歩行器

基本的要件	下肢や体幹、平衡機能障がいがあり杖などでは歩行能力の改善が見込まれない者で、歩行器の支持で自立移動ができる者(難病患者等を含む)。		
名称	個別要件等		
六輪型	○ 四肢・体幹の筋力低下などにより立位保持が困難な者で、他の歩行器では安定走行に支障がある者又は室内の環境等により狭い場所での旋回が必要となる者		
四輪型	腰掛付	○ 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		

2 歩行補助つえ

基本的要件	下肢や体幹、平衡機能障がいがあり、歩行能力の改善が見込まれる者(難病患者等を含む)。		
名称	個別要件等		
ロフストラントクラッチ	○ 歩行能力の改善のために軽い支持を必要とする者		
松葉づえ	○ 歩行能力の改善のために腋下支持を必要とする者		
カナディアンクラッチ	○ 歩行能力の改善のために支持を必要とするが、肘関節の伸展筋力の低下のため、ロフストラントクラッチや松葉づえの使用が困難な者		
多脚つえ	○ 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		

VI	視覚障がい者用
----	---------

1 視覚障害者安全つえ

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

2 義 眼

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

3 眼 鏡

基本要件	視覚障がいがあり眼鏡の装用により日常生活が改善される者(難病患者等を含む)。	
名称	個 別 要 件 等	
矯正用		○ 屈折異常もしくは無水晶体眼などで視力低下があり、矯正用にて視力が矯正される者
	遮光用	○ 視力の矯正に加え、遮光用としての機能を必要とする者
遮光用	前掛式	○ 以下の要件を満たす者。 1) 視覚障害により身体障害者手帳を取得していること(難病患者等に限り、身体障害者手帳を要件としない)。 2) 羞明を来していること。 3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療法がないこと。 4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。 ※この際、下記事項を参照の上、遮光用の装用効果を確認すること。(意思表示できない場合、表情、行動の変化等から総合的に判断すること。) ・まぶしさや白んだ感じが軽減する ・文字や物などが見やすくなる ・羞明によって生じる流涙等の不快感が軽減する ・暗転時に遮光眼鏡をはずすと暗順応が早くなる ※遮光用とは、羞明の軽減を目的として、可視光のうちの一部の透過を抑制するものであって、分光透過率曲線が公表されているものであること。
	掛けめがね式	
	コンタクトレンズ	○ 強度の屈折異常もしくは角膜白斑などで視力低下があり、コンタクトレンズにて良好な視力が得られる者
弱視用	掛けめがね式	○ 矯正用やコンタクトレンズで良好な視力を得られないが、弱視眼鏡により対象物を拡大して見ることで日常生活及び社会活動上その効果が見込まれる者
	焦点調節式	※ 高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上、教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 現に就労中の者(求職中の者を含む) ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ② 就学中の者や各種教養講座の受講者
	備考	二具支給は、医学的及び日常生活上真に必要な場合認められる。 例) ① 遠用と近用の矯正用 ② 屋内用・屋外用の遮光用(矯正用で遮光の機能が必要な場合を含む) ③ 円錐角膜や高度の白内障術後無水晶体眼など、障がいの状況上、矯正用とコンタクトレンズを同時に使用しないと矯正が困難な場合 ④ 矯正用で矯正視力が得られる弱視者で、弱視用と矯正用を使い分けする必要がある者

VII	聴覚・音声言語障がい者用
-----	--------------

1 補聴器

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

2 人工内耳(人工内耳用音声信号処理装置修理)

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

Ⅷ 重度障害者用意思伝達装置

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