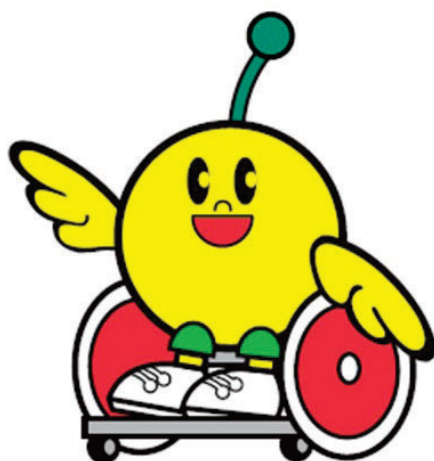


補装具費支給要否意見書作成の手引き



福島県障がい者総合福祉センター

令和6年12月

目次

	ページ
短下肢装具（硬性）※支柱付き	1
短下肢装具（硬性）※支柱なし	5
短下肢装具（両側支柱付）	9
短下肢装具（レディメイド）	13
車椅子（自走用）	17
車椅子（介助用 ティルト・リクライニング機構）	23
姿勢保持装置（車椅子構造フレーム）	29
補聴器（片耳装用）	37
補聴器（両耳装用）	41
補聴器（聴力の低い方の耳に片耳装用）	45
補聴器（耳あな型）	49
重度障害者用意思伝達装置	53
眼鏡（矯正用・遮光の機能が必要）	55
眼鏡（遮光用・かけめがね式）	57
補装具費要否意見書の作成に関する Q&A	60
（参考資料）	
補装具費支給の流れ	61
福島県補装具費支給に係る判定事務取扱要領	62

短下肢装具（硬性）※支柱付き

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	福島 庁太郎		男	生年月日	S△年□月□日生	●歳
住所	●●郡●●町□字△ ○番地					
障がい名	左上肢麻痺					
原因となった 疾病・外傷名	脳梗塞			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 H□年 □月 □日			疾病・先天性・その他()		
障 が い 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】				
	歩行の 状態	装具及びT字杖を使用すれば歩行可能				
上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】					
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 checked="" 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	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				
装 具	<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	装具使用により、安定した歩行が可能になる。					

「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。障がいがない項目には「問題なし」「正常」などと記載をお願いします。※空欄の場合、記載漏れか正常か、センターでは判断出来ないため、意見書をお戻しすることがあります。

装具種別を選び、必要とする装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。

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

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について、全ての欄に記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則、全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください。

障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」等の記載をお願いいたします。

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

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

【必要とする装具】

該当する装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が「半月と皮革等(カフベルト)のもの」は両側支柱、「半月と硬性」のものは硬性に分類されます。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

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

処	方	使	用	材	料	・	型	式	等											
処	方	部	位	A 右	B 左	C 両側														
採	型	・	採	寸	A 採型	B 採寸														
継	手	股	継	手	A 固定	B 遊動														
		膝	継	手	A 固定	B 遊動	C プラスチック継手													
		足	継	手	A 固定	B 遊動	C プラスチック継手													
		※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> PTB(PTS、KBM)支持式 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> 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			の			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						
<input type="checkbox"/>	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 デンパーパター D トーマスパター E メイヨー半月パター F メタターサルパター G ハウザーパター H ロッカーパター I 蝶型踏み返し											
				付			属			品			等			A 月型の延長 B スチールパネ入り C トウボックス補強 D 鉛板の挿入 E 足背ベルト F ベルト(裏付き)の追加				
上記のとおり意見します。																				
令和〇年〇月〇日																				
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。			医	療	機	関	名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医院												
			所	在	地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 字 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 番地														
			診	療	科	名	整形外科													
			作	成	医	師	氏	名	△△ ○○											
身体障害者福祉法第15条指定医師の記名・押印が必要です。																				
印																				

(R6.6)

短下肢装具 硬性（支柱付き）の基本構造

- ・陽性モデルを用いて成形されたもの（材料はプラスチック、皮革等）のうち、金属の支柱と半月によって補強されたもの
- ・支柱があるため硬性（支柱なし）より強度がある。

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

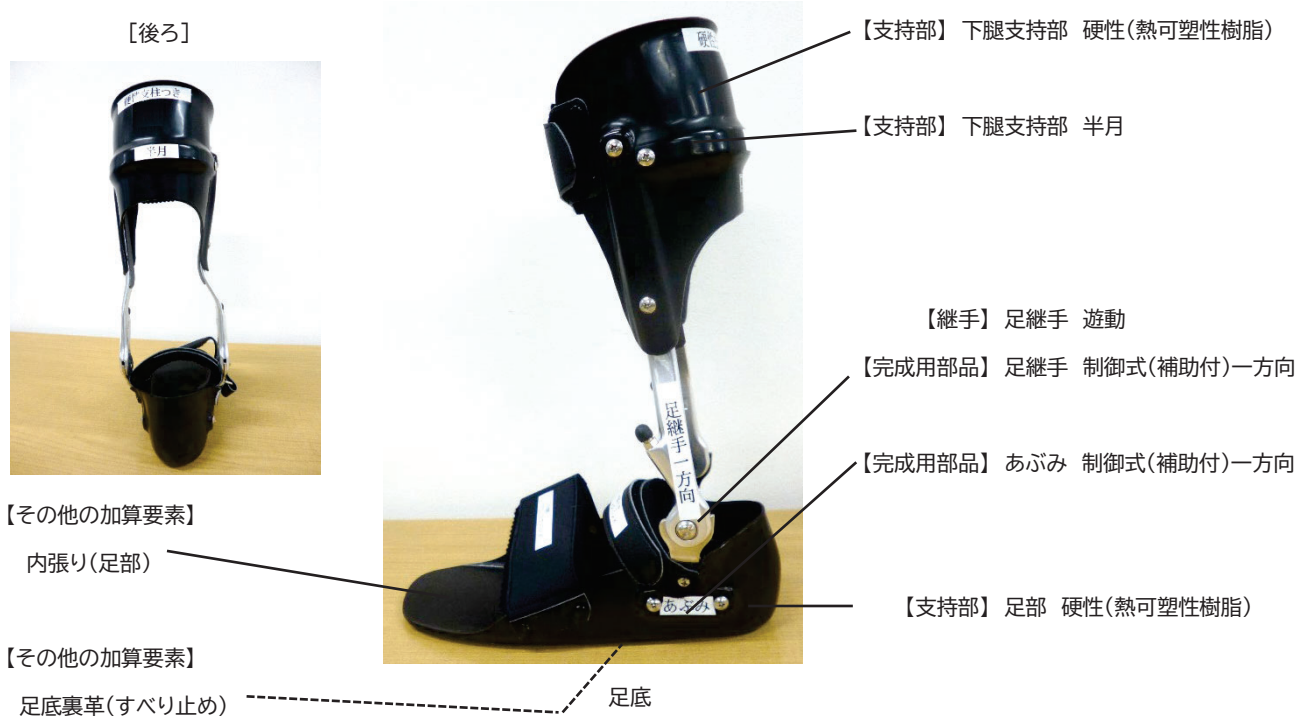
なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「足継手」 継手(完成用部品)を用いる場合には、遊動継手に該当します。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

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

※記載例の処方内容でできる硬性（支柱付き）の短下肢装具（一例）



【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

短下肢装具（硬性）※支柱なし

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	双葉 敬子	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 ○年 △月 □日生	●歳	
住所	〇〇市●●町〇丁目△					
障がい名	右上肢機能全廃、右下肢機能全廃					
原因となった 疾病・外傷名	脳出血			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 平成○年 △月 □日			疾病・先天性・その他()		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節	可動域制限あり 筋力低下あり			
		膝関節	可動域制限あり 筋力低下あり			
		足関節 足部	尖足、内反変形あり			
	歩行の 状態	装具を装着しても歩行は不能				
	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の一般的な機能状態を記入すること】 右上肢は可動性、筋力低下著明にあり、運動困難。 体幹機能、前屈、回旋、可動域低下あり。 座位は可能。				
	脚長差	1 <input checked="" type="radio"/> なし 2 あり → cm				
	装具種別	1 <input checked="" type="radio"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 短下肢装具	A <input checked="" type="radio"/> 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	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				
装 具	<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: 月 所見[]				
使用効果見込	装具使用により、立位・移乗が行えるようになる。					

「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。
障がいがない項目には「問題なし」「正常」などと記載をお願いします。
※空欄の場合、記載漏れが正常か、センターでは判断出来ないため、意見書をお戻しすることがあります。

装具種別を選び、必要とする装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。

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

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について、全ての欄に記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則、全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください。

障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」等の記載をお願いいたします。

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

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

【必要とする装具】

該当する装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

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

処	方	使用材料・型式等				
処	方	部位	A 右 B 左 C 両側			
採	型	採寸	A 採型 B 採寸			
継	手	股 継 手	A 固定 B 遊動			
		膝 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
		足 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> PTB(PTS、KBM)支持式 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> 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 足底装具屋内用ペル 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
					その他	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
					<input type="checkbox"/> 借受け	部品名 理由
靴	型	装	具	製作方法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式	
				補高	高さ 2 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 デンバーバー D トーマスバー E メイヨー半月バー F マターサルバー G ハウザーバー H ロッカーバー I 蝶型踏み返し	
				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。						
令和〇年〇月〇日						
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名	●●●病院	身体障害者福祉法第15条指定医師の記名・押印が必要です。		
		所在地	●●●市△町□-□			
		診療科名	整形外科			
		作成医師氏名	〇〇 〇〇			
(印)						

(R6.6)

短下肢装具 硬性（支柱なし）の基本構造

- ・陽性モデルを用いて成形されたもの（材料はプラスチック、皮革等）のうち、金属支柱のないもの
- ・軽量で装着が簡単である

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

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

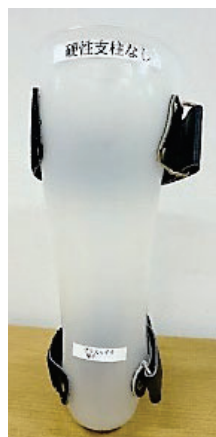
「足継手」 可撓性（力を加えるとたわむ性質）がある場合、「プラスチック継手」に該当しますが、足関節が固定されている場合、足継手は計上できません。

「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。

「靴型装具」 補高及びヒールの補正、足底の補正を必要とする場合には記載願います。

※記載例の処方内容でできる硬性（支柱なし）（シューホン型）の一例

[後ろ]



【その他の加算要素】

内張り(足部)

【その他の加算要素】

足底裏革(すべり止め)



【支持部】 下腿支持部

硬性(熱可塑性樹脂)

【継手】 足継手 プラスチック継手

【支持部】 足部

硬性(熱可塑性樹脂)

【靴型装具】 補高 敷き革式

足底

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

短下肢装具（両側支柱付）

様式第3号の3

補装具費支給要否意見書(下肢装具・靴型装具・歩行器)

氏名	本宮 市子	男(女) <input checked="" type="radio"/>	生年月日	平成	○年△月□日生	●歳
住所	〇〇市●●町△△字□□番地					
障がい名	四肢麻痺、てんかん発作					
原因となった疾病・外傷名	脳性麻痺			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日 平成□年 □月 □日			疾病・先天性 (その他(出生時))		
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】				
	歩行の状態	装具を装着し、四輪型の歩行器使用にて短い距離の歩行は可能。				
状況	上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】 右上肢の拘縮が著明で可動性はほとんどない。 体幹の支持性に乏しく、座位保持は困難。				
	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 checked="" 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	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				
装具	<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	装具使用により、尖足を矯正し、歩行が可能になる。					

「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。障がいがない項目には「問題なし」「正常」などと記載をお願いします。※空欄の場合、記載漏れか正常か、センターでは判断出来ないため、意見書をお戻しすることがあります。

装具種別を選び、必要とする装具の種類にチェックを入れ、その分類を○で囲んでください。

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

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について、全ての欄に記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則、全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください。

障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」等の記載をお願いいたします。

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

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

【必要とする装具】

該当する装具の種類にチェックを入れ、その製作項目を○で囲んでください。

なお、処方書の製作要素の組み合わせによって製作項目は決まっています。

下腿支持部が「半月と皮革等(カフベルト)のもの」は両側支柱、「半月と硬性」のものは硬性に分類されます。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

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

処	方	使用材料・型式等	
処	方 部 位	A 右 B 左 C 両側	
採	型 ・ 採 寸	A 採型 B 採寸	
継	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	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 丸張り(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	股 継 手	A ロック式 → 1 輪止式 2 ストップ付輪止式 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 の 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	製 作 方 法	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マックイ式	
	補 高	高さ cm	
	ヒール	補正	A 敷き革式 B 靴の補高 C トルクヒール D ヒールウェッジ E トーマスヒール F トーマスヒール G 逆トーマスヒール
	足底	補正	A 内側ソール・ウェッジ B 外側ソール C メイヨー半月パー D メタターサルパ E トウボックス補強 F 足背パ G 足背パ
	付 属 品 等	A 月型の延 B 足背パ C トウボックス補強 D 足背パの挿入 E 足背パの挿入	
<p>上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日</p> <p>医療機関名 □□医院 所在地 ○○町○○字△ □□番地 診療科名 整形外科 作成医師氏名 △△ ○○</p> <p>身体障害者福祉法 第15条指定医師の 記名・押印が必要です。</p> <p>(例) 変形あり、当たりを柔らかくして確実な矯正を行うため足部の支持部はB-1、4のいずれも必要である。</p> <p>身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。</p> <p>印</p>			

短下肢装具(両側支柱)の基本構造

- ・下腿の長軸に沿って内外の両側に金属の支柱を持ち、両支柱を連結する一つ以上の半月をもつもの
- ・両側の金属支柱により強い制動力が得られる
- ・ストラップやパッドによる内・外反変形の矯正がしやすい

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

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

- 「足継手」 継手を用いる場合には、遊動継手に該当します。
- 「市販靴の加工」 市販靴の購入は自費となりますが、装具を履くために購入した靴を加工する場合は、○を付けてください。
- 「完成用部品」 必要な完成用部品のある項目に、○を付けてください。
- 「靴型装具」 靴型付きの短下肢装具の場合や、補高をする場合等には記載願います。

※記載例の処方内容でできる両側支柱付の一例



【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

短下肢装具 (レディメイド)

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	富岡 裕一	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ○年 △月 □日	●歳	
住所	〇〇市●●町◎丁目□□					
障がい名	右上肢軽度機能障害、右下肢機能の著しい障害					
原因となった疾病・外傷名	脳梗塞		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生日	令和○年 △月 □日	<input checked="" type="radio"/> 疾病・先天性・その他()			
障がいの状況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 <input checked="" type="radio"/> 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり <input checked="" type="radio"/> 4 なし				
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状況を記載すること】				
		股関節	可動域制限なし			
膝関節		可動域制限なし MMT 3レベル				
足関節 足部		背屈不可能、痙性尖足位				
歩行の状態	痙性跛行					
上肢機能 体幹機能	【上肢及び体幹の全般的な機能状態を記入すること】 右上肢は肘、手関節、手指に麻痺あり 体幹機能は問題なし					
脚長差	<input checked="" type="radio"/> 1 なし <input type="radio"/> 2 あり → cm					
装具種別	1 オーダーメイド <input checked="" type="radio"/> 2 レディメイド → 製品名 (オルトトップAFO-LH)					
必要とする装具	<input checked="" 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				
	<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				
歩行器	<input type="checkbox"/> 歩行器					
	<input type="checkbox"/> 借受け	期間: か月 所見〔				
使用効果見込	装具を装着し、杖と併用することで安定した歩行が可能となる。					

「障がいの状況」は、身体状況を総合的に確認するため、補装具の種類に関わらず、全ての項目について記載してください。障がいがない項目には「問題なし」「正常」などと記載をお願いします。※空欄の場合、記載漏れが正常か、センターでは判断出来ないため、意見書をお戻しすることがあります。

「レディメイド」を○で囲み、使用する装具の製品名を記入してください。

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

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障害 3級以上の体幹機能障害

障がいの状態

下肢に筋力低下や変形拘縮・疼痛等があり、歩行能力の低下した状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能障害」「上肢機能 体幹機能」

それぞれの部位の状態について、全ての欄に記載してください。

例：筋力(MMT)、可動域、関節の異常 等

原則、全項目について、装具の種類や障がいの有無にかかわらず記載してください。

障がいがない項目には、「正常範囲」や「問題なし」等の記載をお願いいたします。

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

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

【装具種別】

レディメイドにチェックを入れ、使用する装具の製品名を（ ）内に記入してください。

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

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

処 方 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> PTB(PTS、KBM)支持式 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> 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
完 成 用 部 品	股 継 手 A ロック式 → 1 輪軸式 2 フレーム式 3 ダイアルロック式 B 遊動式
	膝 継 手 A スイスロック式 → 1 遊動式 2 固定式
	足 継 手 A 制御式(制限付) B 制御式(補助付) → 1 一方向 2 二方向 C 遊動式
	あ ぶ み A 制御式(制限付) → 1 足板なし 2 足板付 B 制御式(補助付) → 1 一方向 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 の 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
	<input type="checkbox"/> 借受け 部品名 期間 か月 理由
靴 型 装 具	製 作 方 法 A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式
	補 高 高 さ cm A 敷き革式 B 靴の補高
	ヒール の 補 正 A トルクヒール B 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 テンパーバー D トーマスバー E メイヨー半月バー F メタターサルバー G ハウザーバー H ロッカーバー I 蝶型踏み返し
	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。 令和〇年〇月〇日	
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。	医療機関名 ●●●病院 所在地 ●●市△町□-□ 診療科名 整形外科 作成医師氏名 ○○ ○○
	身体障害者福祉法第15条指定医師の記名・押印が必要です。 <input type="checkbox"/>

(R6.6)

装具 レディメイドとは

- ・装具として完成しており、調整を必須としないもの。
(加工の必要がない部品を組立てる等して完成させるものを含む)
- ・厚生労働省が補装具として価格等について承認した製品、もしくは既製品の治療用装具のリストに掲載されている製品のみ、補装具費で支給可能。

【処方】 該当する項目に○を付けてください。

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

- レディメイド装具を使用する場合：
裏面は、「処方部位」のみ○を付けてください。
- レディメイド装具に加工を施す場合：
加工する（業者が製作する）項目にも、○を付けてください。

※記載例の処方内容のレディメイド装具（オルトトップAFO-LH）の一例

[後ろ]



【その他の加算要素】

内張り(足部)



【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

車椅子 (自走用)

様式第3号の7-1

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏名	郡山 児何	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成 ○年 ○月 ○日生	<input type="checkbox"/> 歳
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇				
障がい名	両下肢の機能障害				
原因となった 疾病・外傷名	脳性麻痺		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 出生時		疾病・先天性 <input checked="" type="radio"/> その他(出生時損傷)		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 <input checked="" type="radio"/> 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり <input checked="" type="radio"/> 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 下肢の痙性麻痺で下肢筋力は概ね半減し、大腿四頭筋を中心に筋萎縮を認める。 立ち上がり時に膝折れが著明である。			
	歩行の状態	痙性麻痺で、歩行は屋内で20~30m程度である。 しばしば膝折れがあって転倒するので、見守りと介助が必要な状況である。			
	座位	<input checked="" type="radio"/> 1 自力にて可 (30 時間 <input checked="" type="radio"/> 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) <input checked="" type="radio"/> 2 支持があると可 (10 時間 <input checked="" type="radio"/> 分) 3 不可			
	立ち上がる	1 自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 2 介助があると可 3 不可			
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 ROM, MMTとも正常レベル。変形なし。 巧緻動作の制限があるのみ。			
	褥瘡の有無	1 あり 2 現在は無いが過去にできたことあり <input checked="" type="radio"/> 3 過去・現在ともなし			
	臀部の状態	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 2 一部介助にて可 3 全介助			
	知的能力等	1 正常 <input checked="" type="radio"/> 2 知能低下等あり (軽度) → 安全走行に(<input checked="" type="radio"/> 支障なし <input type="radio"/> 支障あり)			
必要とする車椅子	部位	<input checked="" type="checkbox"/> 標準			
	型式	<input type="checkbox"/> 頭頸部	※ ヘッドサポートが必要		
		<input checked="" type="checkbox"/> 自走用	自走用の場合は、車椅子の操作は「自力で可」が原則です。 また、知的能力の低下があり、「安全走行に支障がある」場合は自走用は適当ではありません。		
	種別	<input type="checkbox"/> 介助用			
		<input type="checkbox"/> モジュール式	※ 標準		
		<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド式	□ 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 checked="" 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		
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"/> 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"/> ティルト機構	※ 長時間の座位保持が困難な者 □ 障害の現症、生活環境その他の真にやむを得ない事情が認められる者			
	<input type="checkbox"/> リフト機構	□ 就労又は就学のために真に必要な認められる者			
使用効果見込	車椅子を自走して移動が可能となり、屋内への閉じこもり状態が改善する見込みである。				

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障がい（原則２級以上）、体幹機能障がい（原則３級以上）、
平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能または歩行困難な状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」：部位毎の関節可動域、筋力、変形等の状態を詳しく記入してください。

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

「座位」：「１ 自力にて可 ２ 背部支持があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけ、１、２については、座位可能時間を記入してください。

「立位保持」：「１ 自力にて可 ２ 支持があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけ、１、２については、立位保持可能時間を記入してください。

「立ち上がる」：「１ 自力にて可 ２ 介助があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけてください。

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

「褥瘡の有無」：「１ あり ２ 現在は無いが過去にできたことあり ３ 過去・現在ともなし」のいずれかに○をつけてください。

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

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

【必要とする車椅子】

該当する車椅子の基本価格の部位及び型式、種別、機構にチェックを入れてください。

【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

	処	方	内	容
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 checked="" 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	<input type="checkbox"/>	前後調整(右・左・両)
アームサポート	①	フレーム一体型 → ① 固定式	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input checked="" 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()		
属	<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
	<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 checked="" 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"/>	ヒールアップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/>	呼吸器搭載台
	<input type="checkbox"/>	アングルストラップ(右・左・両)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	ステップカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	テーブル		
	<input type="checkbox"/>	テーブル取付部品		
	<input type="checkbox"/>	車載固定部品	<input type="checkbox"/>	滴ホール
	<input type="checkbox"/>	杖たて(一本杖・多脚つえ)	<input checked="" 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 checked="" 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"/>	姿勢保持装置_製作要素	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ベルト ①骨盤 ②胸 ③股		

介助用ブレーキ等の介助者のみを使用する機能は、通常介助用車椅子につけるものですが、自走用でも本人の走行状態が不安定な場合、介助者に押してもらわなければならない場面がある場合(坂道など)にはつけることが出来ます。

握力が弱く、ハンドリム操作が不十分な場合に滑り止めハンドリムが必要となります。

身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。

身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。

車椅子の寸法

※ティッピングレバー長 (24)
 ※フットバンパー長 (370)
 ※車輪とハンドリムの距離 (20)

上記のとおり意見します。

令和〇年〇月〇日

医療機関名 〇〇市立病院

所在地 〇〇市〇町〇〇 〇番地

診療科名 小児科

作成医師氏名 〇〇 〇〇

(印)

【処方内容】

「基本構造」：1～3のいずれかを選択してください。

- ・幅止め：体重が重い方、リクライニング機構やティルト機構を必要とする方等、バックサポートパイプ等のたわみ防止のために必要となります。

「シート」：1～3のいずれかを選択してください。

「バックサポート」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・バックサポート延長：体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に選択してください。
- ・バックサポート高さ調整：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さ変更があり得る場合に必要となります。
- ・背座角度調整：体幹の筋力低下や脊柱変形等により発生する症状に合わせて背当ての角度変更があり得る場合に必要となります。

「フット・レッグサポート」：1～5のいずれかを選択してください。

- ・レッグベルト全面張り：帯状のレッグサポートでは、シートとフットサポート等の隙間に足部が入る危険性がある場合に必要となります。

「フットサポート」：1～3のいずれかを選択してください。

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

「アームサポート」：1-①～③、2-①～③のいずれかを選択してください。

- ・高さ調整機構：上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整機構：ティルト時に肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・拡幅：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちやすい場合に必要となります。

「ブレーキ」：1を選択してください。

- ・介助用ブレーキ及びフットブレーキ：利用者自身で車椅子を制動・停止することが困難な場合に必要となります。

【裏面に続きます】

「**駆動輪・主輪**」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・車軸位置調整：成長期の児童や最初の一台目の車椅子の場合等で、購入後に車軸位置の変更があり得る場合に必要となります。
- ・キャンバー角度変更：ハンドリムを肩幅に近づけて、操作性ならびに走行性を向上させる場合に必要となります。

「**タイヤ**」及び「**キャスト**」：1、2のいずれかを選択してください。

「**ハンドリム**」：1～3のいずれかを選択してください。

「**付属品**」：必要とするものを選択してください。 ※ 以下は、対象者等の例です。

- ・クッション（カバー付き）モールド型：座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形のクッションが必要な方。
- ・クッション防水加工：失禁が頻回等の理由から防水機能を必要とする方。
- ※ クッションについて：感覚喪失等があり、褥瘡予防等に姿勢保持装置の完成用部品に指定されているクッション等を使用する場合は、使用する部品名（製品名）を記入してください。
- ・転倒防止装置：後方や側方等に車椅子本体が転倒することを防ぐもの。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のいずれかを選択してください。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は知的能力の低下等により、車輪に手指を挟んでしまう危険性がある方。
- ・滑り止めハンドリム：握力等の上肢筋力低下により、グリップ性の高いハンドリムが必要な方。
- ・ブレーキ延長レバー：片麻痺者の麻痺側や上肢の拘縮等によりブレーキに手が届かない方。

【**姿勢保持装置 製作要素**】

姿勢保持装置の基準にあるカットアウトテーブル、姿勢保持部品及びベルトが必要な場合は選択してください。

※ 選択肢にない付属品は、その他にを入れ、（ ）内に記入してください。

「**車椅子の寸法**」

（ ）に数値（cm）を記入してください。

記入に当たっては、補装具製作者と打合せの上、モジュラー式及びオーダーメイド式の車椅子とする場合は、寸法を記入してください（レディメイド式の場合は記入不要）。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

車椅子 (介助用 ティルト・リクライニング機構)

様式第3号の7-1

補装具費支給要否意見書(車椅子)

氏 名	田村 京都路	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成	〇年 〇月 〇日生	◎歳
住 所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇					
障 が い 名	両上肢機能の著しい障害、両下肢機能全廃					
原因となった 疾病・外傷名	ハンチントン病			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生日月日 ●年 ●月 ●日			<input checked="" type="radio"/> 疾病・ <input type="radio"/> 先天性・ <input type="radio"/> その他()		
障 が い の 状 況	運 動 障 が い	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 <input checked="" type="radio"/> 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知 覚 障 が い	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり <input checked="" type="radio"/> 4 なし				
	下 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 関節可動域の制限はなし。変形なし。下肢筋力MMT3以上であると推測されるが、不随意運動、指示理解不十分のため精査困難。車椅子上ででの座位保持は、床面を蹴る動作が多く見られ、後方への転倒リスクが高い。ブリッジ様に骨盤帯を前方に出す動作が多く、仙骨座りで過ごす時間が多い。				
	歩 行 の 状 態	立位で不随意運動の増強あり。後方より腋窩介助で、最大20m程度、歩行可能。不随意運動による歩容の不安定さあり、持続した歩行は困難。				
	座 位	1 自力にて可 (時間・分) 2 背部支持があると可 (時間・分) <input checked="" type="radio"/> 3 不可				
	立 位 保 持	1 自力にて可 (時間・分) 2 支持があると可 (時間・分) <input checked="" type="radio"/> 3 不可				
	立 ち 上 がる	1 自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 2 介助があると可 3 不可				
	上 肢 機 能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 ROM制限なし。手指：スワンネック様の変形あり。上肢筋力はMMT3レベル（精査困難）。視界に入るものに対するリーチ動作や周囲にある物を投げるような動作が多くみられる。 車椅子の自操は指示理解困難なため不可。				
	褥 瘡 の 有 無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり <input checked="" type="radio"/> 3 過去・現在ともなし				
	臀 部 の 状 態	1 異常なし <input checked="" type="radio"/> 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり				
操 作 能 力 等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法（両手 右手 左手 右足 左足 両足）（室内のみ 室外も可）				
	車椅子への移乗	1 自力にて可 <input checked="" type="radio"/> 2 一部介助にて可 3 全介助				
	知的能力等	1 正常 <input checked="" type="radio"/> 2 知能低下等あり(重度) → 安全走行に(支障なし 支障あり)				
必 要 と す る 車 椅子	部 位	<input checked="" type="checkbox"/> 標 準				
		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介 助 用				
	種 別	<input type="checkbox"/> モジュール式	※ 標準			
		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 障がい状況から、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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 運動制限が著明で座位を長時間保持できない者			
		<input checked="" 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、 <input type="checkbox"/> 真にやむを得ない事情が認められ、 <input type="checkbox"/> 就労又は就学のために真に必要			
使 用 効 果 見 込	車椅子の使用により、本人の行動範囲が広がる。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。</div>					

裏面へ続く

対象となる障がい

下肢機能障がい（原則２級以上）、体幹機能障がい（原則３級以上）、
平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能または歩行困難な状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：該当する項目を○で囲んでください。

「下肢機能」：部位毎の関節可動域、筋力、変形等の状態を詳しく記入してください。

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

「座位」：「１ 自力にて可 ２ 背部支持があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけ、１、２については、座位可能時間を記入してください。

「立位保持」：「１ 自力にて可 ２ 支持があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけ、１、２については、立位保持可能時間を記入してください。

「立ち上がる」：「１ 自力にて可 ２ 介助があると可 ３ 不可」のいずれかに○をつけてください。

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

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

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

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

【必要とする車椅子】

該当する車椅子の基本価格の部位及び型式、種別、機構にチェックを入れてください。

【使用効果見込】

車椅子を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

	処	方	内	容
基本構造	①	後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造	<input checked="" type="checkbox"/>	幅止め(2 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	前後調整(右・左・両) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input checked="" type="checkbox"/> 拡幅(右・左 両) <input checked="" type="checkbox"/> 延長(右・左 両)
ブレーキ	①	駐車ブレーキ(標準) 追加 → <input checked="" type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ① ①°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"/> ヒールフープ(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 checked="" type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 姿勢保持部品(体幹パッド×2) <input checked="" type="checkbox"/> ヘルム ① 骨盤 ② 胸 ③ 股 ()			
	上記のとおり意見します。			
	令和△年○月○日			
	医療機関名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 総合病院			
	所在地 ○○市△町○○ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>			
	診療科名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 科			
	作成医師氏名 △△ ○○			
	<input type="checkbox"/> 印			

車椅子の寸法

モジュラー式またはオーダーメイド式の車椅子を処方する場合は、寸法を記入してください。

※車輪とハンドリムの距離 ()

※ 介助用 ティルト・リクライニング機構の適用者について

基準上の要件：

リクライニング機構：

次のいずれかに該当する身体障害者・児であること。

- ア 随時、仰臥姿勢をとる必要のある者。
- イ 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って、自立姿勢変換が困難な者。

具体例：

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

【処方内容】

「基本構造」：1～3のいずれかを選択してください。

- ・幅止め：体重が重い方、リクライニング機構やティルト機構を必要とする方等、バックサポートパイプ等のたわみ防止のために必要となります。

「シート」：1～3のいずれかを選択してください。

「バックサポート」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・バックサポート延長：体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に選択してください。
- ・バックサポート高さ調整：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さ変更があり得る場合に必要となります。
- ・背座角度調整：体幹の筋力低下や脊柱変形等により発生する症状に合わせて背当ての角度変更があり得る場合に必要となります。

「フット・レッグサポート」：1～5のいずれかを選択してください。

- ・レッグベルト全面張り：帯状のレッグサポートでは、シートとフットサポート等の隙間に足部が入る危険性がある場合に必要となります。

【裏面に続きます】

「フットサポート」：1～3のいずれかを選択してください。

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

「アームサポート」：1-①～③、2-①～③のいずれかを選択してください。

- ・高さ調整機構：上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整機構：ティルト時に肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・拡幅：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちやすい場合に必要となります。

「ブレーキ」：1を選択してください。

- ・介助用ブレーキ及びフットブレーキ：利用者自身で車椅子を制動・停止することが困難な場合に必要となります。

「駆動輪・主輪」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・車軸位置調整：成長期の児童や最初の一台目の車椅子の場合等で、購入後に車軸位置の変更があり得る場合に必要となります（介助用車椅子の場合は、該当しません）。
- ・キャンバー角度変更：ハンドリムを肩幅に近づけて、操作性ならびに走行性を向上させる場合に必要となります（介助用車椅子の場合は、該当しません）。

「タイヤ」及び「キャスト」：1、2のいずれかを選択してください。

「ハンドリム」：1～3のいずれかを選択してください（介助用車椅子の場合は、該当しません）。

「付属品」：必要とするものを選択してください。 ※以下は、対象者等の例です。

- ・クッション（カバー付き）モールド型：座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形のクッションが必要な方。
- ・クッション防水加工：失禁が頻回等の理由から防水機能を必要とする方。
- ※ クッションについて：感覚喪失等があり、褥瘡予防等に姿勢保持装置の完成用部品に指定されているクッション等を使用する場合は、使用する部品名（製品名）を記入してください。
- ・転倒防止装置：後方や側方等に車椅子本体が転倒することを防ぐもの。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のいずれかを選択してください。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は知的能力の低下等により、車輪に手指を挟んでしまう危険性がある方。

- ・滑り止めハンドリム：握力等の上肢筋力低下により、グリップ性の高いハンドリムが必要な方（介助用車椅子の場合は、該当しません）。
- ・ブレーキ延長レバー：片麻痺者の麻痺側や上肢の拘縮等によりブレーキに手が届かない方。

【姿勢保持装置 製作要素】

姿勢保持装置の基準にあるカットアウトテーブル、姿勢保持部品及びベルトが必要な場合は選択してください。

※ 選択肢にない付属品は、その他にを入れ、（ ）内に記入してください。

「車椅子の寸法」

（ ）に数値（cm）を記入してください。

記入に当たっては、補装具製作者と打合せの上、モジュラー式及びオーダーメイド式の車椅子とする場合は、寸法を記入してください（レディメイド式の場合は記入不要）。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

姿勢保持装置 (車椅子構造フレーム)

様式第3号の6

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置)

氏名	相馬 克也		(男)女	生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日生			◎ 歳
住所	相馬市〇×町〇丁目●番の〇							
障がい名	両下肢機能全廃 両上肢機能全廃							
原因となった 疾病・外傷名	脳性麻痺				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災			
	疾病・外傷発生年月日		出生時		疾病・先天性・その他()			
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()						
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし						
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】 体幹右側側弯あり、可動性低下、筋力低下が著しく座位保持不能						
	座位保持	1 不可 2 背部支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)						
	立位保持	1 不可 2 支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)						
	立ち上がる	1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可						
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 両下肢可動性、筋力ともに低下が著しく運動困難						
	歩行の状態	歩行不能						
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】 両上肢機能の可動性、筋力低下著明にあり、実用的な運動困難						
	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 自走可の場合 → 操作方法(両手 右手 左手 右足 左足 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							
使用効果見込	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;"> 補装具を使用することによって得られる使用効果の見込みを具体的に記載してください。 </div> 姿勢保持装置により座位が安定し、誤嚥のリスクが軽減できる。 車椅子構造フレームとすることにより、行動範囲が拡大する。							

裏面へ続く

対象となる障がい（車椅子構造フレームの場合）

下肢機能障がい（原則２級以上）、体幹機能障がい（原則３級以上）、
平衡機能障がい、心臓機能障がい、呼吸器機能障がい

障がいの状態

歩行不能または歩行困難な状態

【障がい名】 今回の補装具費申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「運動障がい」・「知覚障がい」：

該当する項目を○で囲んでください。

「体幹機能」：

現在の体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の状態等を記入してください。

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

「下肢機能」：

部位毎の関節可動域、筋力、変形等の状態を記入してください。

「歩行の状態」：

現在の歩行の状態、歩行の可否について記入してください。

「上肢機能」：

関節可動域、筋力、変形等の状態を記入してください。

「車椅子の操作」：

車椅子の操作、車椅子への移乗について、該当する状態を○で囲んでください。

「褥瘡の有無」、「臀部の状態」：

該当する状態を○で囲んでください。

【使用効果見込】

姿勢保持装置を使用することで得られる具体的な使用効果を記載してください。

処		方		内		容	
採型採寸区分及び処方位		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					構造フレームの種類に○をつけ、 車椅子構造の場合は、その型式も記入して ください。
	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: 介助用ティルト機構)					
	付加機能	1 ティルト機構 2 昇降機構					
	完成用部品名	支持部 骨盤・大腿部 Ki Mobility Axiom SP-Visco					
付 属 品	カットアウトテーブル	1 テーブル 2 表面クッション張り 3 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 checked="" type="checkbox"/> 脱着式(× 4) <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					
	その他	1 体幹カバー 2 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					
	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	支持部 骨盤・大腿部 Ki Mobility Axiom SP-Visco					
	<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>令和〇年〇月〇〇日</p> <p>医療機関名 ◆◆病院</p> <p>所在地 ▲▲町〇字〇〇 □番地</p> <p>診療科名 〇〇科</p> <p>作成医師氏名 〇〇 〇〇</p> <p>身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。</p> <p>身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>							

【処方内容】

「採型採寸区分及び処方部位」:

該当する区分及び処方部位を全て○で囲んでください。

「支持部」: 該当する項目をそれぞれ○で囲んでください。

- ・平面形状型・・・・採寸で製作されるもので、平面を主体として構成された支持面を持ちます。
- ・モールド型・・・・採寸又は採型で製作されるもので、身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ちます。
- ・張り調整型・・・・支持面のシート又は複数のベルトによるたわみによって身体形状や変形に対応するものです。

「構造フレーム」

構造フレームの種類を○で囲み、車椅子構造の場合は、その形式も記入してください。

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

「付属品」 必要な付属品全てを○で囲んでください。

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

「完成用部品」

使用する部品名を全て記入してください。

書ききれない場合は、別紙(任意様式)に記入してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印(私印)してください。

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

様式第3号の6の別紙

補装具費支給要否意見書(姿勢保持装置(車椅子フレーム処方用))

氏 名 相 馬 克 也

処		方		内		容	
必要とする車椅子	型式	<input type="checkbox"/> 自 走 用					
		<input checked="" type="checkbox"/> 介 助 用					
	種別	<input checked="" 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 checked="" 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					
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input checked="" 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"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 座板					
	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒防止装置 → ①パイプ ②キャスタ付き ③キャスタ付き折りたたみ構造						
<input type="checkbox"/> その他 ()							

車椅子の寸法

(420) (50~80°) (430) (430) (230) (450)
 ※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 (440)

(R6.6)

※構造フレームが車椅子の場合の処方は、こちらに記載してください。

【必要とする車椅子】

該当する車椅子の型式、種別、機構にチェックを入れてください。

【処方内容】

「基本構造」：1～3のいずれかを選択してください。

- ・幅止め：体重が重い方、リクライニング機構やティルト機構を必要とする方等、バックサポートパイプ等のたわみ防止のために必要となります。

「シート」：1～3のいずれかを選択してください。

「バックサポート」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・バックサポート延長：体幹の筋力低下により、背当ての延長が必要な場合に選択してください。
- ・バックサポート高さ調整：成長期の児童や最初の1台目の車椅子で、障害の状況の変化等により背当ての高さ変更があり得る場合に必要となります。
- ・背座角度調整：体幹の筋力低下や脊柱変形等により発生する症状に合わせて背当ての角度変更があり得る場合に必要となります。

「フット・レッグサポート」：1～5のいずれかを選択してください。

- ・レッグベルト全面張り：帯状のレッグサポートでは、シートとフットサポート等の隙間に足部が入る危険性がある場合に必要となります。

「フットサポート」：1～3のいずれかを選択してください。

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

「アームサポート」：1-①～③、2-①～③のいずれかを選択してください。

- ・高さ調整機構：上肢筋力低下、可動域制限等がある場合に必要となります。
- ・角度調整機構：ティルト時に肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・拡幅：上肢筋力低下により、肘が落ちやすい場合に必要となります。
- ・延長：リクライニング時に肘が落ちやすい場合に必要となります。

【裏面に続きます】

「ブレーキ」：1 を選択してください。

- ・介助用ブレーキ及びフットブレーキ：利用者自身で車椅子を制動・停止することが困難な場合に必要となります。

「駆動輪・主輪」：1、2のいずれかを選択してください。

- ・車軸位置調整：成長期の児童や最初の一台目の車椅子の場合等で、購入後に車軸位置の変更があり得る場合に必要となります（介助用車椅子の場合は、該当しません）。
- ・キャンバー角度変更：ハンドリムを肩幅に近づけて、操作性ならびに走行性を向上させる場合に必要となります（介助用車椅子の場合は、該当しません）。

「タイヤ」及び「キャスト」：1、2のいずれかを選択してください。

「ハンドリム」：1～3のいずれかを選択してください（介助用車椅子の場合は、該当しません）。

「付属品」：必要とするものを選択してください。 ※ 以下は、対象者等の例です。

- ・転倒防止装置：後方や側方等に車椅子本体が転倒することを防ぐもの。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のいずれかを選択してください。
- ・スポークカバー：上肢機能障がい又は知的能力の低下等により、車輪に手指を挟んでしまう危険性がある方。
- ・滑り止めハンドリム：握力等の上肢筋力低下により、グリップ性の高いハンドリムが必要な方（介助用車椅子の場合は、該当しません）。
- ・ブレーキ延長レバー：片麻痺者の麻痺側や上肢の拘縮等によりブレーキに手が届かない方。

※ 選択肢にない付属品は、その他に☑を入れ、（ ）内に記入してください。

「車椅子の寸法」

（ ）に数値（cm）を記入してください。

記入に当たっては、補装具製作者と打合せの上、モジュラー式及びオーダーメイド式の車椅子とする場合は、寸法を記入してください（レディメイド式の場合は記入不要）。

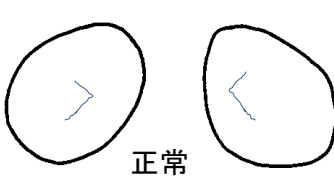
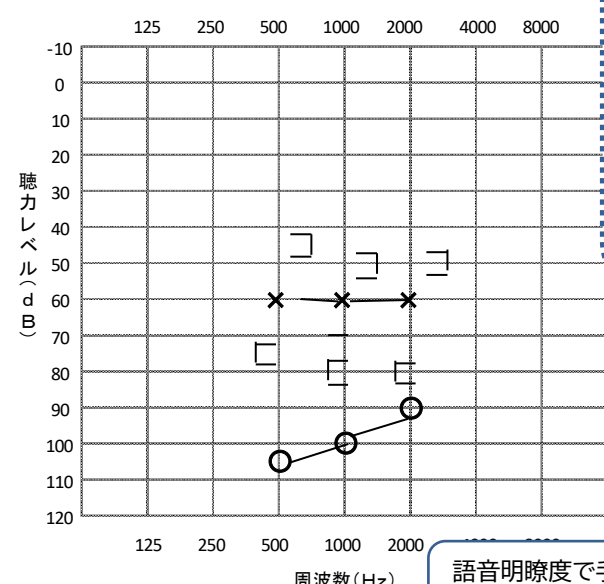
【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

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

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

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

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

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

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

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

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

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input checked="" type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳 次の場合は、理由を記入する ①両耳装用を処方する場合	
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用	1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド)
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象	
		<input type="checkbox"/> 重度難聴用	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象	
<input type="checkbox"/> 骨導式	1 ポケット型 2 眼鏡型	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者	
注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能			
耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】 ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者		
付属品	<input checked="" type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部が不随音源型等により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> その他	補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。
使用効果見込	装用により普通話声での日常会話が可能になる		
上記のとおり意見します。			
令和□年 □月 □□日		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。	
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名 ○○耳鼻咽喉科医院	
		所在地 ○○市○○町○○ ○-○-○	
		診療科名 耳鼻咽喉科	
		作成医師氏名 ○○ ○○	(印)

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

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

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

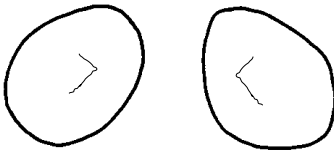
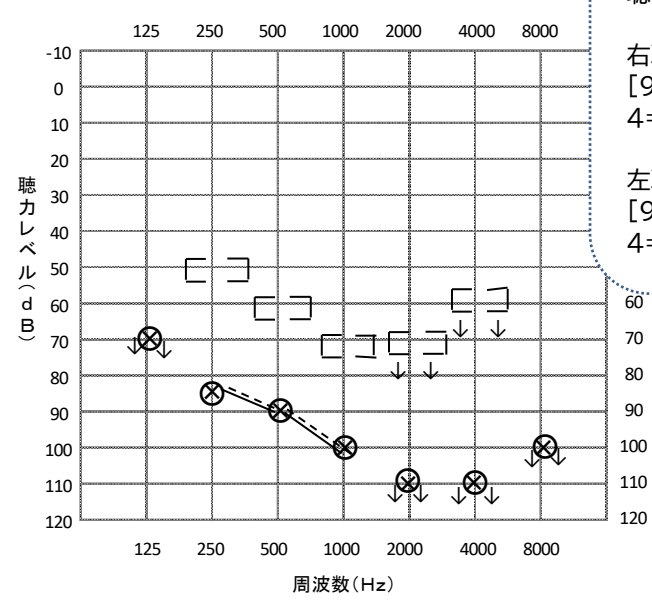
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (両耳装着)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

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

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

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

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

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

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

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

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

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

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

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」

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

なお、両耳装用は次のような場合に認められます。

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

そのため、追加資料として、検査結果の添付を求めています。

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

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です。

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 音の方向性が分かり危険回避が可能になる

大声の聞き取りが可能になる

静かなところでの一対一の会話が可能になる 等

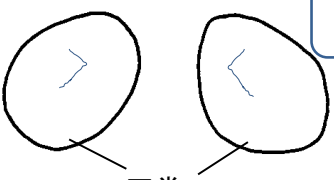
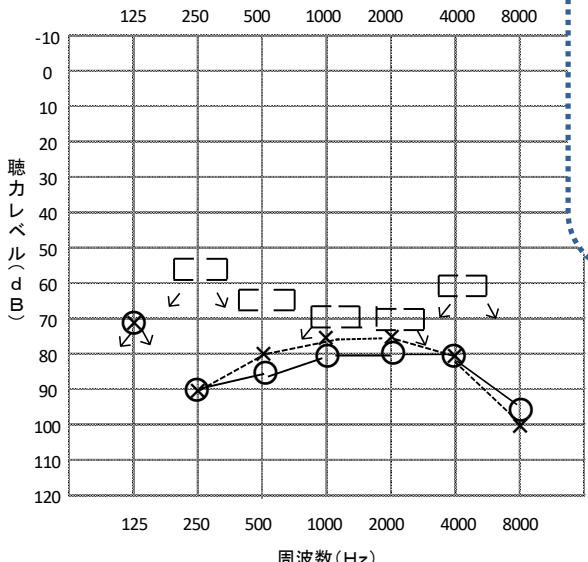
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (聴力の低い方の耳に片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

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

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

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

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

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

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

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

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

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必 要 と す る 補 聴 器	装用耳	<input checked="" type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 次の場合は、理由を記入する ①両耳装用を処方する場合		平均聴力レベルが右81.3dB、左76.3dBなので、聴力のよい左耳装用が一般的。 なぜ聴力の悪い右耳に装用するのがよいのかの理由をここに記載してください。
	種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用 <input type="checkbox"/> 骨導式		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 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象 ※ 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 <input type="checkbox"/> その他	補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。
	使用効果見込	普通話声での会話が可能になる		
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日 身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。				
		医療機関名	〇〇耳鼻咽喉科医院	身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。 印
		所在地	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇	
		診療科名	耳鼻咽喉科	
		作成医師氏名	〇〇 〇〇	

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

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

【例】

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

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

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (耳あな型)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

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

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

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

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

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

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

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

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

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

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

※ 「耳あな型」の対象者は、

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

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

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

（「補装具の手引き」より）

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

重度障害者用意思伝達装置

様式第3号の11

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

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

対象となる障がい

両上下肢機能障害 及び 音声・言語機能障がい

障がいの状態

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

(難病患者等については、音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患である者)

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

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

【障がいの状況】 障がいの内容について全ての項目を記載してください。

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

【意思伝達装置の操作性】

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

(例) 右手親指、両下肢、左足部、眼球 等

【意思伝達装置の必要性(使用効果見込み)】

該当する項目に○をつけ、必要性や現在の状況などを具体的に記載してください。

【必要とする装置】

該当する項目すべてにチェックを入れてください。

【入力装置(スイッチ)の種類】 必要な入力装置にチェックを入れてください。

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

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

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

眼鏡 (矯正用・遮光の機能が必要)

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名	会津 美里		男(女)	生年月日	〇年 〇月 〇日生	〇〇 歳		
住所	〇〇市〇〇〇町							
障がい名	両眼 視力障害・視野障害							
原因となった疾病・外傷名	緑内障			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	疾病・外傷発生日 〇〇年 〇月 〇日			疾病・先天性・その他()				
障がいの状況	視力	裸眼	矯正					
		右	0.01 (0.02 × -2.50 D Cyl -2.00 D Ax 90					
	左	0 (n.c × D Cyl D Ax						
現症		右			左			
	外眼	異常なし		眼球癆				
	中間透光体	眼内レンズ		透見不能				
	眼底	視神経乳頭陥凹		透見不能				
その他の所見	所見なし							
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド						
	眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> 矯正用 <input checked="" type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者						
処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、レンズを指定して下さい
	<input type="checkbox"/> 近用	右 -2.50D	-1.50D	90°			61.0mm	
使用効果見込	度数を入れることで見え方が向上する。 また、羞明感の軽減により、見え方が改善するため遮光眼鏡は有効である。						使用することにより症状がどのように改善されるか記載して下さい。	
上記のとおり意見します。 〇年 〇月 〇日 医療機関名 〇〇病院 所在地 〇〇市 〇〇町 〇〇 診療科名 眼科 作成医師氏名 〇〇〇〇								
遠用・近用の二具の場合は、意見書を2枚に分けて記載して下さい。		身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認して下さい。		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。				

対象となる障がい・障がいの状態

矯正眼鏡をかけることにより視力が改善できると見込まれる方で、

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

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

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」

【記入例】

外眼：正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体：正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に☑を入れて下さい。

【処方内容】

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

眼鏡 (遮光用・かけめがね式)

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

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

対象となる障がい・障がいの状態

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

- 視力障害（1級～6級）の手帳を所持しているが矯正の必要がない

（オーバーグラス等）

- 視野障害（2級～5級）の手帳を所持している

- 手帳は所持していないが、難病（視覚障害）に該当している

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」

【記入例】

外眼：正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体：正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に☑を入れて下さい。

【処方内容】

指示事項欄に屋外用・屋内用それぞれのレンズの種類を記載してください。

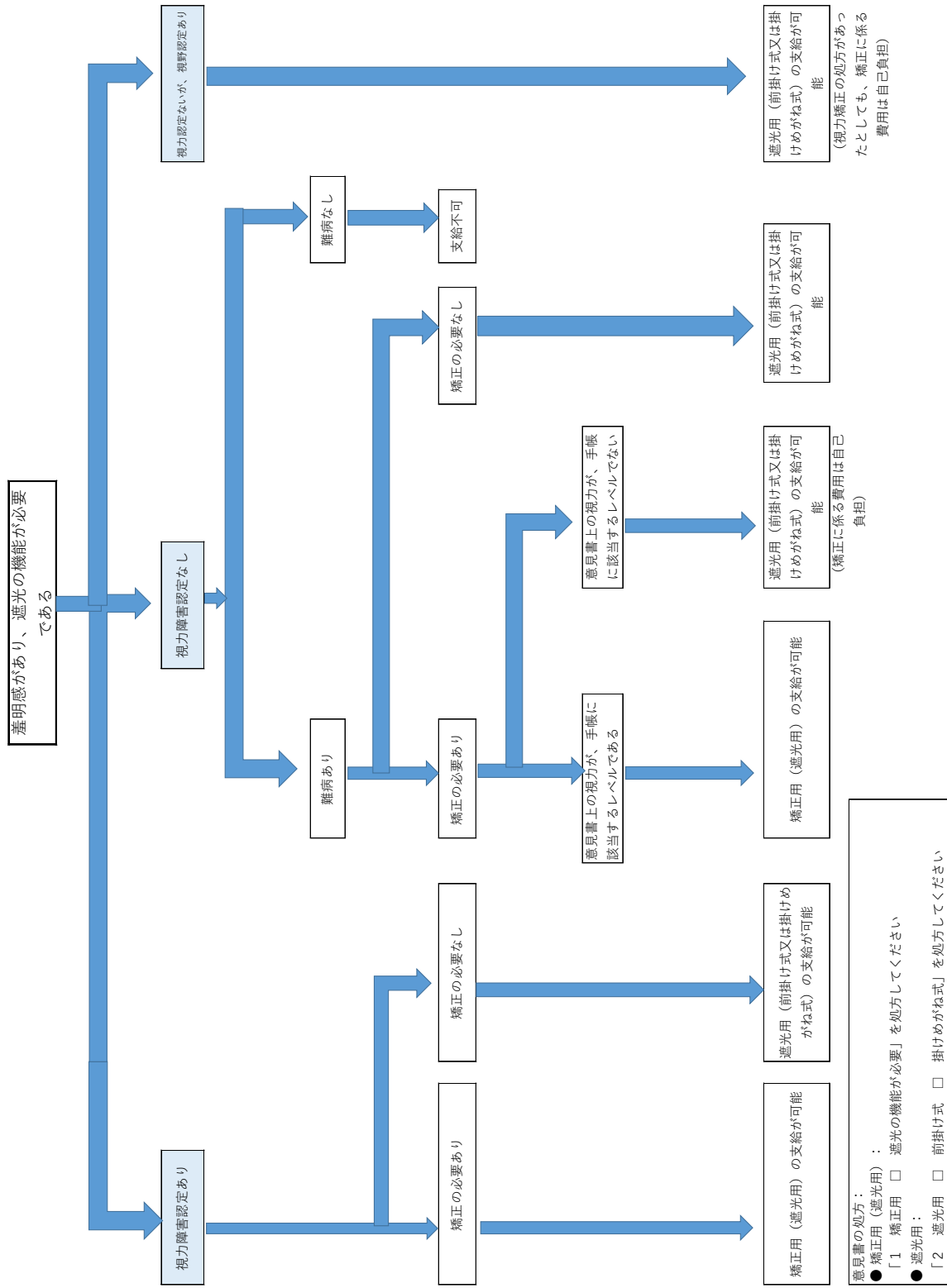
【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

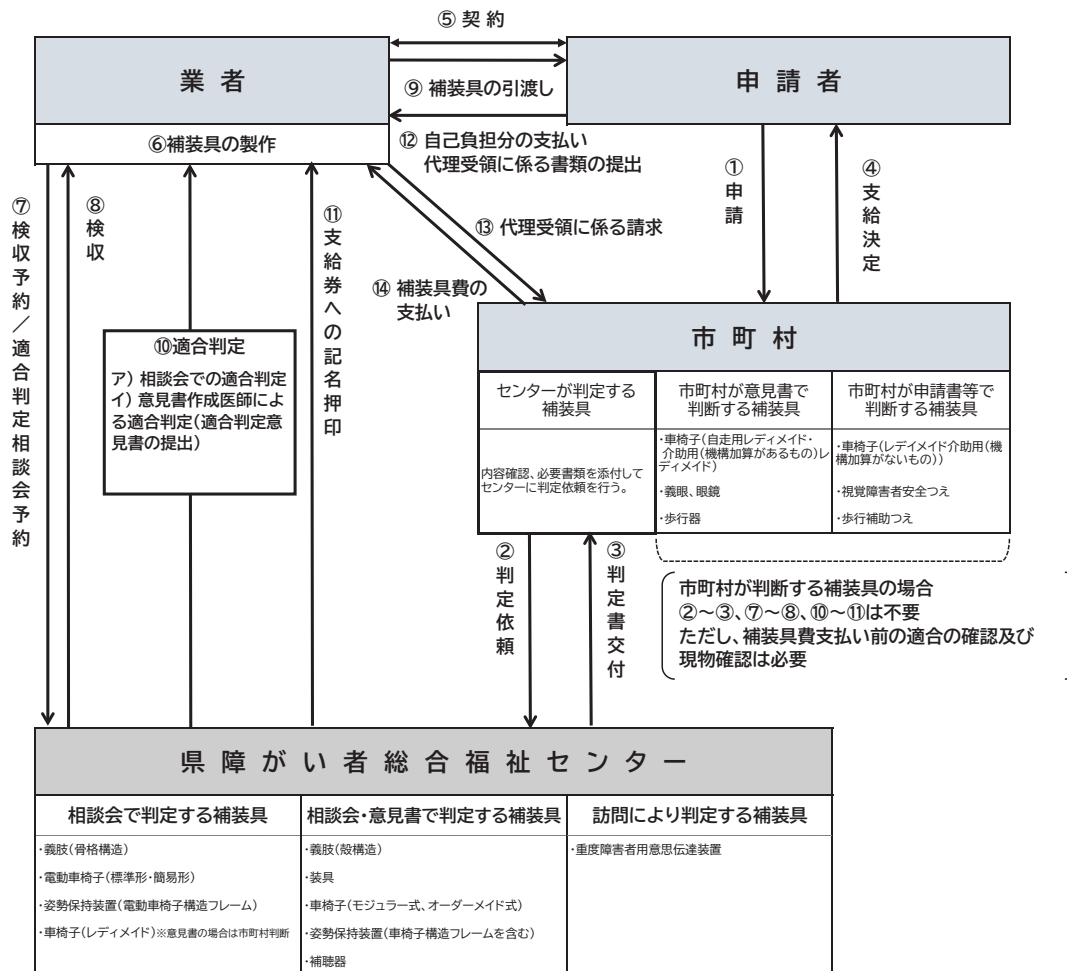
(参考) 眼鏡支給フローチャート



補装具費支給要否意見書の作成に関するQ&A

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

補装具費支給の流れ



※代理受領方式の場合

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

(イ) 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。

(ロ) 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）

(8) 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

(8) 申請書等により判断して製作し、又は修理した補装具

9 特例補装具（指針第2の1の（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	モジュール式、 オーダーメイド 式	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 メイド式 ②介助用レディ メイド式で機構 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 メイド式で機構 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 市 第 号			
	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 ()			
二 個 理 由 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。

(R元. 6)

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"/> 呼吸式(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。
(H30.6)

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					チェック ソケット <input type="checkbox"/>					
	<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												

裏面へ続く

処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処	方 部 位	A 右 B 左 C 両側			
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 態 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										

裏面へ続く

処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等												
処	方	部	位	A 右 B 左 C 両側	<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	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】

- 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(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

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		
	その他			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		期間	か月
		理由				
靴 型 装 具	製		作	方法		
	A 圧着式 B グッドイヤー式 C マッケイ式					
	補高	高さ	cm	A 敷き革式 B 靴の補高		
	ヒールの補正		A トルクヒール B 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					

裏面へ続く

処	方	使用材料・型式等			
処	方	部位	A 右 B 左 C 両側 ()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			
	把持器具用部品				
	指器具用部品				
	□ 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)

- 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(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	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			
	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			
	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			
	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 <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 硬性 ヘルピックガードル <input type="checkbox"/> 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						

裏面へ続く

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】

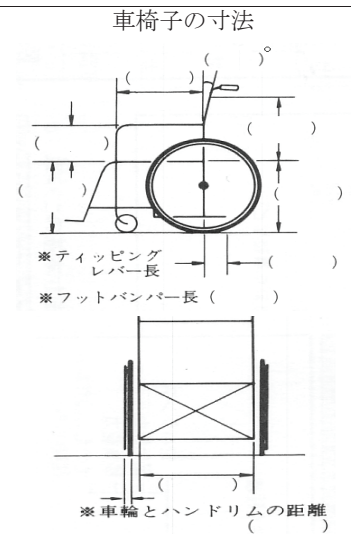
(R6.6)

- 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				
機 構	<input type="checkbox"/> レディ'イメイド'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"/> 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 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 ()							



【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 □ 就労若しくは就学のために真に必要なと認められる者				
<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 □ 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-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 □ 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)		□ 前後調整(右・左・両) □ 角度調整(右・左・両) □ 左右調整(右・左・両)	
ア-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 □ 拡張(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-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-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)

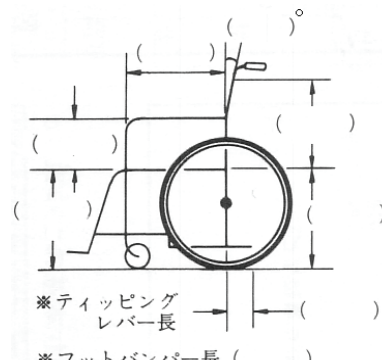
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。

補装具費支給要否意見書(車椅子)

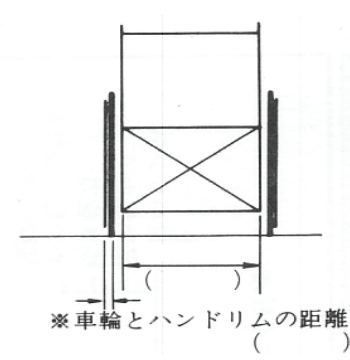
氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()			
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】			
	歩行の状態				
	座位	1 自力にて可(時間・分) 2 背部支持があると可(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"/> 転倒防止装置 → ①パイプ 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)
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 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 ()

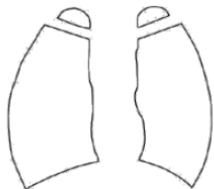
【記入上の留意事項】

(R6.6)

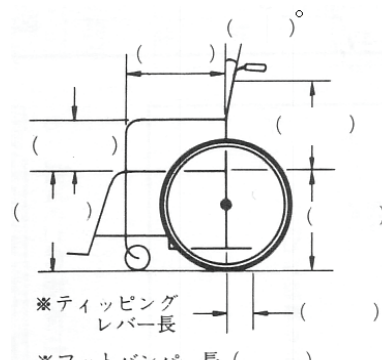
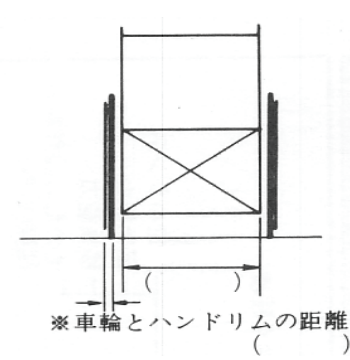
- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項

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				
	心臓機能についての所見	胸部X線写真所見(年 月 日)		心電図所見(年 月 日)	
					
		心胸比:()%			
歩行についての所見					
社会生活についての所見					
その他の所見					
操作能力等	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可 ※ 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					

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"/> 転倒防止装置 → ①パイプ 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"/> ヘルム→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	<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>

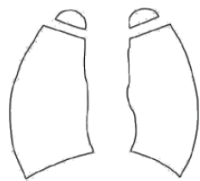
【記入上の留意事項】

(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

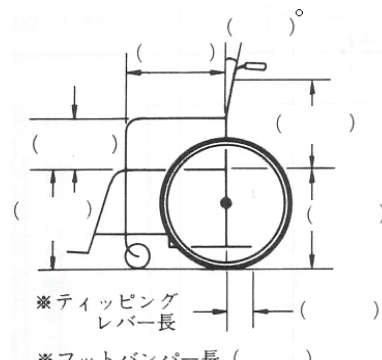
補装具費支給要否意見書(車椅子)

呼吸器機能障がい者用

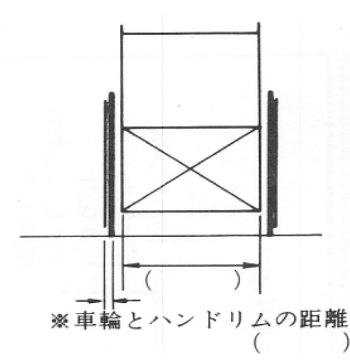
氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障 が い の 状 況	現在の活動能力の程度				
	胸部X線写真所見 (年 月 日)				
			ア	胸膜癒着	(無・軽度・中等度・高度)
			イ	気腫化	(無・軽度・中等度・高度)
	ウ	線維化	(無・軽度・中等度・高度)		
	エ	不透明肺	(無・軽度・中等度・高度)		
	オ	胸郭変形	(無・軽度・中等度・高度)		
	カ	心・縦隔の変形	(無・軽度・中等度・高度)		
	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		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)
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 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)

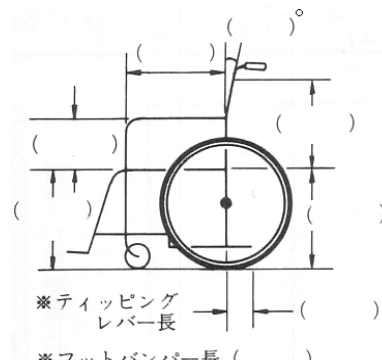
平衡機能障がい者用

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"/> 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					

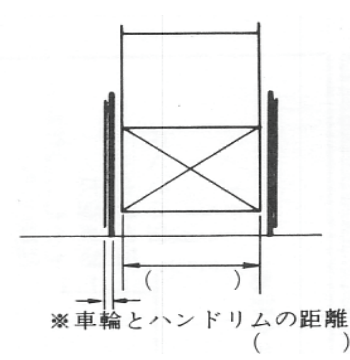
裏面へ続く

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)
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 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(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						

裏面へ続く

		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									

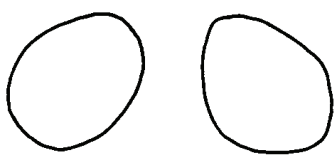
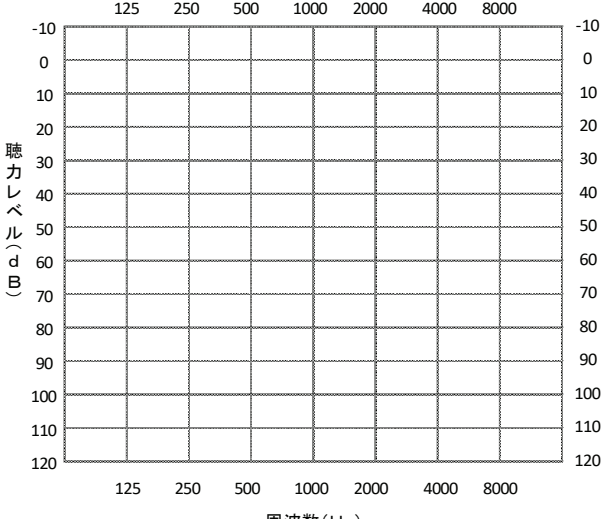
処 方 内 容		
基本構造	1 後方大車輪(標準) 2 前方大車輪 3 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め() (本)	
シート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 3 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整	
バックサポート	1 スリング式(標準) 2 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイトフレーム <input type="checkbox"/> 延長(頭頸部まで) <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input 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 ()	
	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"/> 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	<p>【オーディオメーターの型式】 →</p>  <p style="text-align: right;">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 %					
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									

裏面へ続く

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							屋外用	
	右							D	D
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】

(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 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			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()	
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	※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。		
		その他				
意思伝達装置の操作性		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	か月
	理由					
必要とする装置			入力装置(スイッチ)の種類			
<input type="checkbox"/> 本体 (ソフトウェア及びプリンタ込) <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						

【記入上の留意事項】

(H30. 6)

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師(肢体不自由及び音声・言語機能障害)が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 - 難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - 症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び障がいの進行により、補装具の短期間での交換が必要である理由を記入すること。

判 定 書(補装具費)

障 総 第 号
年 月 日

長 様

福島県障がい者総合福祉センター所長

年 月 日付けの依頼については、下記のとおり判定します。

記

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

(R2.6)

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		

(H28.06)

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>				

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

当センターホームページに最新版を掲載しています。

掲載場所：障がい者総合福祉センター>身体障がい者福祉課

>補装具についてのページ>5 補装具の手引き



発行：令和6年12月

発行者：福島県障がい者総合福祉センター

住所：〒960-8670

福島県福島市杉妻町2番16号 福島県庁北庁舎1階

電話番号：024-521-2824（身体障がい者福祉課）

ファクシミリ：024-521-2873

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

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