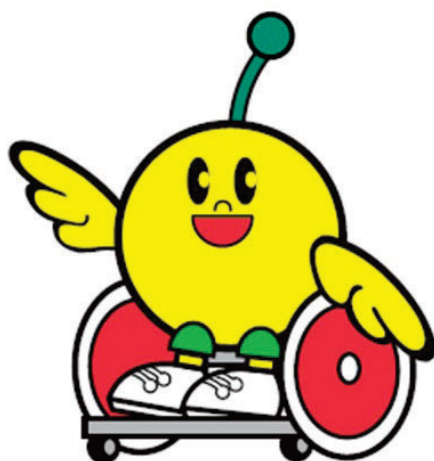


補装具費支給要否意見書作成の手引き



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

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				
歩行器	<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。

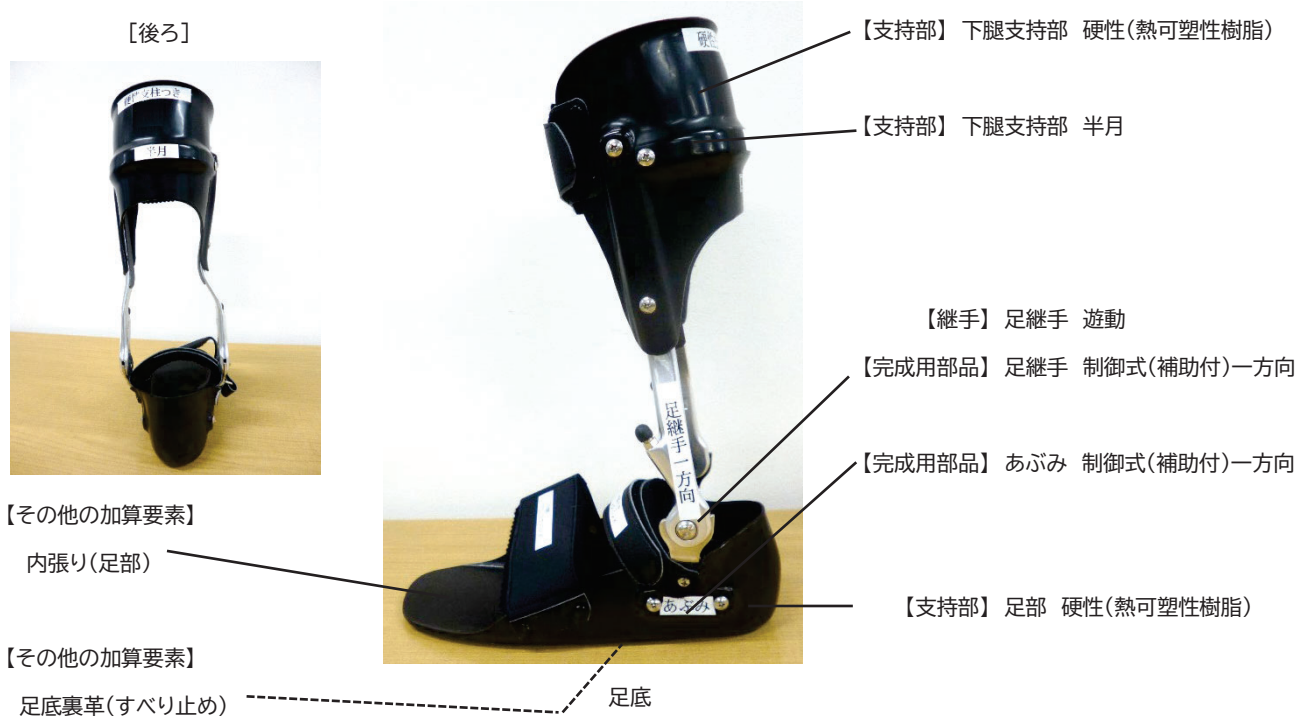
なお、処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち合いのもとで行ってください。

「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	
	<input type="checkbox"/> 借受け	部品名 理由	期間
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
		所在地	●●●市△町□-□
		診療科名	整形外科
		作成医師氏名	〇〇 〇〇
		身体障害者福祉法 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。

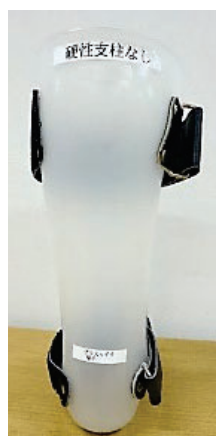
「足継手」 可撓性（力を加えるとたわむ性質）がある場合、「プラスチック継手」に該当しますが、足関節が固定されている場合、足継手は計上できません。

「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 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> その他 <input type="radio"/> (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 <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 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 <input checked="" type="radio"/> 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。				
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 <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 硬性 <input checked="" type="radio"/> 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	
採	型	採寸	
継	股	継手	
	膝	継手	
	足	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	支持部	
	大	支持部	
	下	支持部	
	足	部	
その他の加算要素			
完	股	継手	
	膝	継手	
	足	継手	
	あ	ぶみ	
	その他の		
	□ 借受け		
靴	製	作	方法
	補	高	高さ
	ヒ	ール	の
	足	底	の
	付	属	品
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日			
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。			
医療機関名		□□医院	
所在地		〇〇町〇〇字△ □□番地	
診療科名		整形外科	
作成医師氏名		△△ ○○	

支持部・足部の「B足部」の項目を2つ処方する場合は、どちらも必要であると認められる理由を、意見書の空いているスペースに記載してください。

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。

(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。

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 <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 <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		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	
完 成 用 部 品	股 継 手	A ロック式 → 1 輪軸式 2 フットロック式 3 ダイアルロック式 B 遊動式	
	膝 継 手	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 理由	期間
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	〇〇 〇〇
		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)

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			
	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"/> テイルト機構	※ 長時間の座位保持が困難な者			
	<input type="checkbox"/> リフト機構	□ 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 □ 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 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() <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"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> <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"/> 滑り止め <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"/> 車椅子の寸法			
	<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"/> アンクルストラップ(右・左・両) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ステップカバー(右・左・両) <input type="checkbox"/> <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"/> 滑り止め <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()			
<input type="checkbox"/> 姿勢保持装置 製作要素 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 姿勢保持部品() <input 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				

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)

【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長い。				
	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"/> モジュラー式 ※ 標準				
		<input checked="" type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> 体格・体型等から、モジュラー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				
		<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	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				
	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				
	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、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。					

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		<p style="text-align: center;">車椅子の寸法</p> <p>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。</p>	
	<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°アップ 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 ()				
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 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	△△ ○○			
		(印)		
		<p>身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。</p> <p>身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。</p>		
		<p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>		

※ 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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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・外傷発生日	出生時	疾病・先天性・ <input checked="" 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 <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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <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)			
褥瘡の有無	1 あり <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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: 5px;"> 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)					
		完成用部品名: 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「車椅子フレーム処方用」も 記載していただく必要があります。					
	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 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					
	キ ャ ス タ	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 テーブルカバー 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					
	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				期間	か月
		理由	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。				
上記のとおり意見します。		令和○年○月○日	医療機関名 ◆◆病院 所在地 ▲▲町○字○○ □番地 診療科名 ○○科 作成医師氏名 ○○ ○○				
		身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。					
		(印)					

【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"/> オータメイト式	<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"/> レディメイト式	※ 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、レディメイト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）。

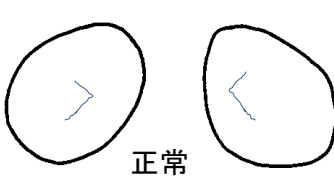
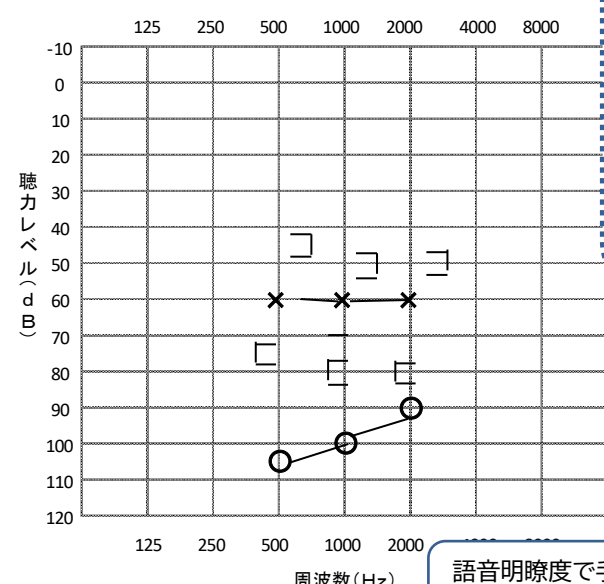
【記名・押印】

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: $[105+(100 \times 2)+90] \div 4 = 98.75\text{dB}$</p> <p>左耳: $[60+(60 \times 2)+60] \div 4 = 60\text{dB}$</p> <p>記入の仕方 気導:右耳○ 左耳× 骨導:右耳□ 左耳□</p> </div> </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」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

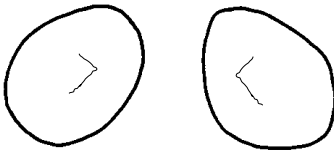
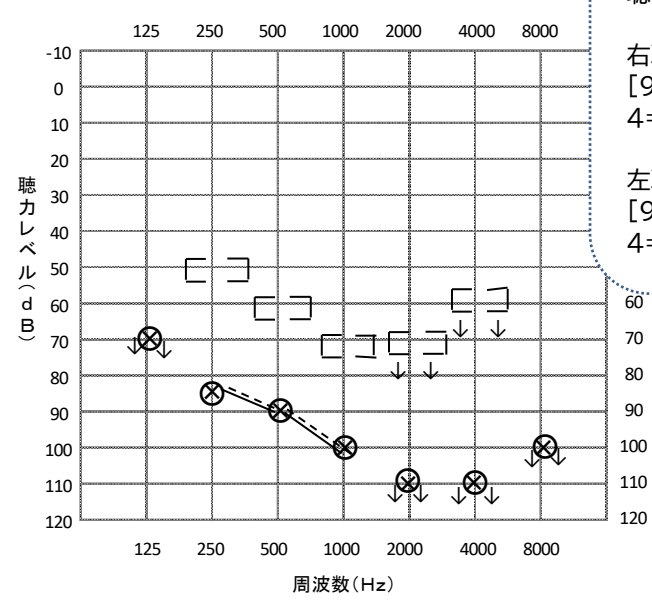
【記名・押印】

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。				

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

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」

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

なお、両耳装用は次のような場合に認められます。

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

そのため、追加資料として、検査結果の添付を求めています。

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

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です。

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 音の方向性が分かり危険回避が可能になる

大声の聞き取りが可能になる

静かなところでの一対一の会話が可能になる 等

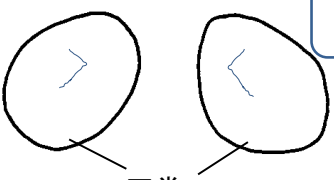
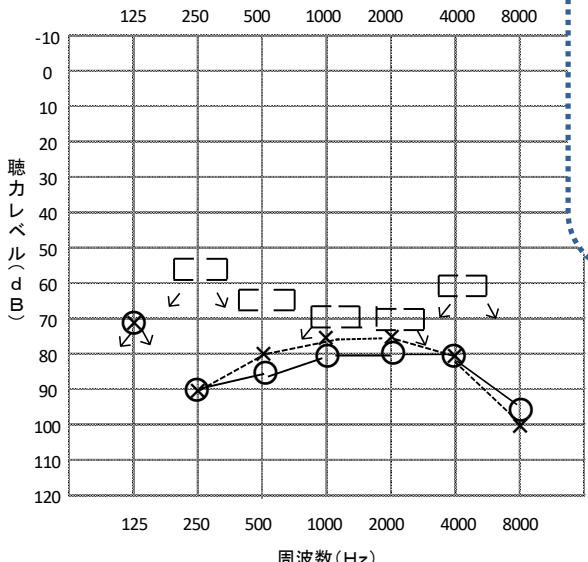
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (聴力の低い方の耳に片耳装用)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

氏名	白河 面麻	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	○歳
住所	〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇				
障がい名	聴覚障害				
原因となった疾病・外傷名	老人性難聴			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 □年 □月 □日			疾病・先天性 <input checked="" type="radio"/> (その他) (加齢)	
聴覚障がいの状況	聴力	右 81.3 dB	左 76.3 dB	会話音域の平均聴力レベル:4分法	
	障がいの種類	1 伝音性難聴 <input checked="" type="radio"/> 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
	鼓膜の状況	 <p style="text-align: center;">正常</p>			
	オーディオメーターの型式	→ リオン AA-79			
	聴力検査の結果	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">  <p style="text-align: center;">周波数(Hz)</p> </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: $[85+(80 \times 2)+80] \div 4 = 81.25\text{dB} (\approx 81.3\text{dB})$</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> </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 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象		1 ポケット型 ② 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) 4 耳あな型(オーダーメイド)
補聴器	種類	<input type="checkbox"/> 重度難聴用 ※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象		1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型
	種類	<input type="checkbox"/> 骨導式 ※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者		1 ポケット型 2 眼鏡型 注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能
補聴器	付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド 処方理由	<input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより共鳴音がでる <input type="checkbox"/> 頭部の <input type="checkbox"/> その他	補聴器を使用した際の効果の見込みを必ず記載してください。
使用効果見込	普通話声での会話が可能になる			
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日				
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。		医療機関名 〇〇耳鼻咽喉科医院 所在地 〇〇市〇〇町〇〇 〇-〇-〇 診療科名 耳鼻咽喉科 作成医師氏名 〇〇 〇〇	身体障害者福祉法第15条の指定医師の記名・押印が必要です。 (印)	

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

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

【例】

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

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

重度難聴用：両耳とも聴力レベルがおおむね 90dB 未満の者が対象です

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

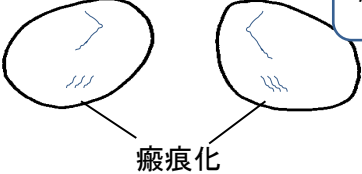
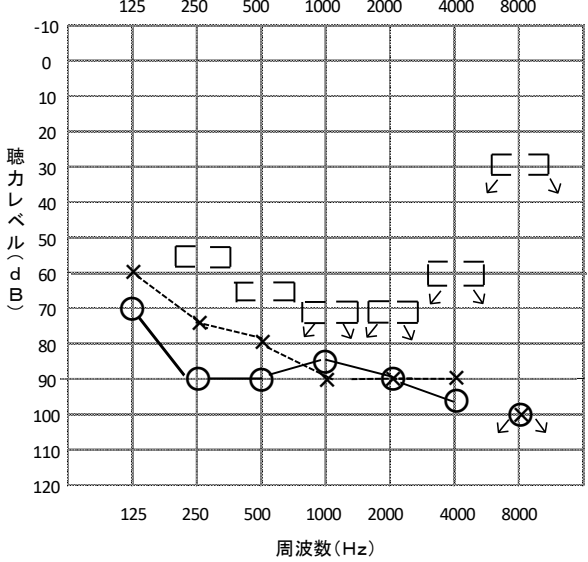
【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

補聴器 (耳あな型)

様式第3号の9

補装具費支給要否意見書(補聴器)

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

裏面へ続く

対象となる障がい

聴覚障がい者

障がいの状態

会話や音の聴取が困難な状態

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

また、該当する障がい原因を○で囲んでください。

【聴覚障がいの状況】

項目ごとに該当項目を○で囲むか、内容を記載してください。

「聴力」下の「聴力検査の結果」で算出した聴力の値を記載してください。

聴力の計算方法

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

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

※身体障害者手帳認定の際と計算方法が異なります。

「鼓膜の状況」内容を図示してください。

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

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

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

【音声・言語機能障がいの状況】

問題がなければその旨記載してください。

必要とする補聴器	装用耳	<input checked="" type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳	
		次の場合は、理由を記入すること。 ①両耳装用を処方する場合 ②聴力が比較的低い耳に装用を処方する場合	
	高度難聴用	<input checked="" type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳あな型(レディメイド) ④ 耳あな型(オーダーメイド)
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB未満の者が対象	
	重度難聴用	<input type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 耳かけ型 3 耳かけ型FM型
		※ 両耳とも聴力レベルが概ね90dB以上の者が対象	
骨導式	<input type="checkbox"/>	1 ポケット型 2 眼鏡型	
	※ 伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者		
	注:ポケット型と耳かけ型は必要に応じて選択可能		
耳あな型の対象者	<input type="checkbox"/> ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者が対象 【例示】 ①耳介の欠損や変形、皮膚炎症等が著しく耳かけ型の使用が難しい者 ②主に職業上の理由により耳かけ型が使用できない者 <input type="checkbox"/> オーダーメイドは、障がいの状況・耳の形状等レディメイドでは対応不可能の者		
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	処方理由 <input type="checkbox"/> 外耳道の変形などにより耳栓の使用が難しい <input type="checkbox"/> 既製の耳栓では音漏れなどにより音質が悪い <input type="checkbox"/> 頭部の形状により耳かけ型が使用できない <input type="checkbox"/> その他	
使用効果見込	仕事上、会話を理解し得る		
上記のとおり意見します。 令和〇年〇月〇日			
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。 <div style="text-align: center;">(印)</div>

(H28.06)

【必要とする補聴器】

「装用耳」原則、聴力が比較的良い方の耳に装用します。

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

※ 「耳あな型」の対象者は、

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

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

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

（「補装具の手引き」より）

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

(例) 日常会話が可能になる

普通話声での意思疎通が可能になる

静かなところで一対一での会話が可能になる 等

【記名・押印】

身体障害者福祉法第 15 条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

重度障害者用意思伝達装置

様式第3号の11

補装具費支給要否意見書(重度障害者用意思伝達装置)

氏名	伊達 正男		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日生	□歳		
住所	〇〇市〇〇町〇〇 □番地□							
障がい名	両上下肢機能全廃、言語機能喪失							
原因となった疾病・外傷名	筋萎縮性側索硬化症			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	疾病・外傷発生年月日		△年 △月 △日		<input checked="" type="radio"/> 疾病 <input type="radio"/> 先天性・その他()			
障がいの状況	身体の状況	上肢機能	運動機能全廃					
		下肢機能	運動機能全廃					
	人工呼吸器装着		<input checked="" type="radio"/> 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	
	意思伝達の状況	音声機能	1 可能 2 なんとか可能 <input checked="" type="radio"/> 3 不可能		※2, 3の場合は、その状況、原因を具体的に記入すること。			2, 3の場合は、その状況や原因を具体的に記入してください。
		言語機能	1 可能 2 なんとか可能 <input checked="" type="radio"/> 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) <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"/> 固定台(アーム式又はテーブル置き式) <input checked="" type="checkbox"/> 呼び鈴 <input checked="" type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置				<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式(吸気式) <input type="checkbox"/> 空気圧式		<input type="checkbox"/> 帯電式 <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部 <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input checked="" type="checkbox"/> 視線検出式		
上記のとおり意見します。 令和 ○年 ○月 ○日 医療機関名 ◆◆総合病院 所在地 ○〇市◆◆町〇〇 ○番地 診療科名 神経内科 作成医師氏名 ○〇 ○〇								
身体障害者手帳交付日以降の日付になっているか確認してください。			身体障害者福祉法第15条指定医師の記名・押印が必要です。 <input type="checkbox"/> 印					

対象となる障がい

両上下肢機能障害 及び 音声・言語機能障がい

障がいの状態

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

(難病患者等については、音声・言語機能障がい及び神経・筋疾患である者)

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

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

【障がいの状況】 障がいの内容について全ての項目を記載してください。

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

【意思伝達装置の操作性】

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

(例) 右手親指、両下肢、左足部、眼球 等

【意思伝達装置の必要性(使用効果見込み)】

該当する項目に○をつけ、必要性や現在の状況などを具体的に記載してください。

【必要とする装置】

該当する項目すべてにチェックを入れてください。

【入力装置(スイッチ)の種類】 必要な入力装置にチェックを入れてください。

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

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

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

眼鏡 (矯正用・遮光の機能が必要)

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名	会津 美里		男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	○年 ○月 ○日生	○○ 歳		
住所	○○市○○○町							
障がい名	両眼 視力障害・視野障害							
原因となった疾病・外傷名	緑内障			交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				
	疾病・外傷発生日 H○年 ○月 △日			<input checked="" type="radio"/> 疾病・先天性・その他()				
障がいの状況	視力	裸眼	矯正					
		右	0.01 (0.02 × -2.50 D Cyl -2.00 D Ax 90					
	左	0 (n.c × D Cyl D Ax						
現症	外眼	右		異常なし				
		左		眼球癆				
		中間透光体		眼内レンズ				
眼底	右		透視不能					
	左		透視不能					
その他の所見	所見なし							
必要とする補装具	義眼	1 レディメイド 2 オーダーメイド						
	眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> ① 矯正用 <input checked="" type="checkbox"/> 遮光の機能が必要 → <input checked="" type="checkbox"/> 屋外用 <input checked="" type="checkbox"/> 屋内用 2 遮光用 → <input type="checkbox"/> 前掛け式 <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 → <input type="checkbox"/> 屋外用 <input type="checkbox"/> 屋内用 3 コンタクトレンズ 4 弱視用 → <input type="checkbox"/> 掛けめがね式 (倍率) <input type="checkbox"/> 焦点調節式 ※ 掛けめがね式高倍率(3倍率以上)の対象者は、職業上・教育上真に必要な者である。 【例示】 ① 就労中(求職中を含む)の者 ② 地域社会活動(町内会の役員含む)参加者 ③ 就学中の者、各種教養講座の受講者						
処方内容	<input checked="" type="checkbox"/> 遠用	球面レンズ SPH	円柱レンズ CYL	円柱軸 Ax	プリズム PRISM	基底 BASE	瞳孔距離 PD	指示事項等 ※遮光が必要な場合、レンズを指定して下さい
	<input type="checkbox"/> 近用	右 -2.50D	-1.50D	90°			61.0mm	
使用効果見込		左 0 D	D	°				屋内用 東海光学 CCP400SC
	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。		○年 ○月 ○日		身体障害者手帳交付日以降の日付であることを確認して下さい。				
遠用・近用の二具の場合は、意見書を2枚に分けて記載して下さい。		医療機関名	○○ 病院					
		所在地	○○市 ○○町 ○○					
		診療科名	眼科					
		作成医師氏名	○○ ○ ○ ○					
						(印)		

対象となる障がい・障がいの状態

矯正眼鏡をかけることにより視力が改善できると見込まれる方で、

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

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

【障がい名】 今回の補装具申請にかかる障がい名を記入してください。

【原因となった疾病・外傷名】

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

【障がいの状況】

「視力」 裸眼視力と矯正視力を記載して下さい。

「現症」

【記入例】

外眼：正常、異常なし、角膜混濁

中間透光体：正常、異常なし、水晶体混濁、白内障、眼内レンズ等

眼底：異常なし、視神経萎縮、網脈絡膜萎縮、黄斑変性、糖尿病網膜症等

「その他の所見」 特になければ「所見なし」と記載してください。

【必要とする補装具】

該当する番号を○で囲み、当てはまる内容に☑を入れて下さい。

【処方内容】

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

【使用効果見込】

補装具を使用することで得られる効果の見込みを記載してください。

【記名・押印】

身体障害者福祉法第15条の指定医師が記名、押印（私印）してください。

眼鏡 (遮光用・かけめがね式)

様式第3号の10

補装具費支給要否意見書(義眼・眼鏡)

氏名	下郷 葱之丞		男	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。

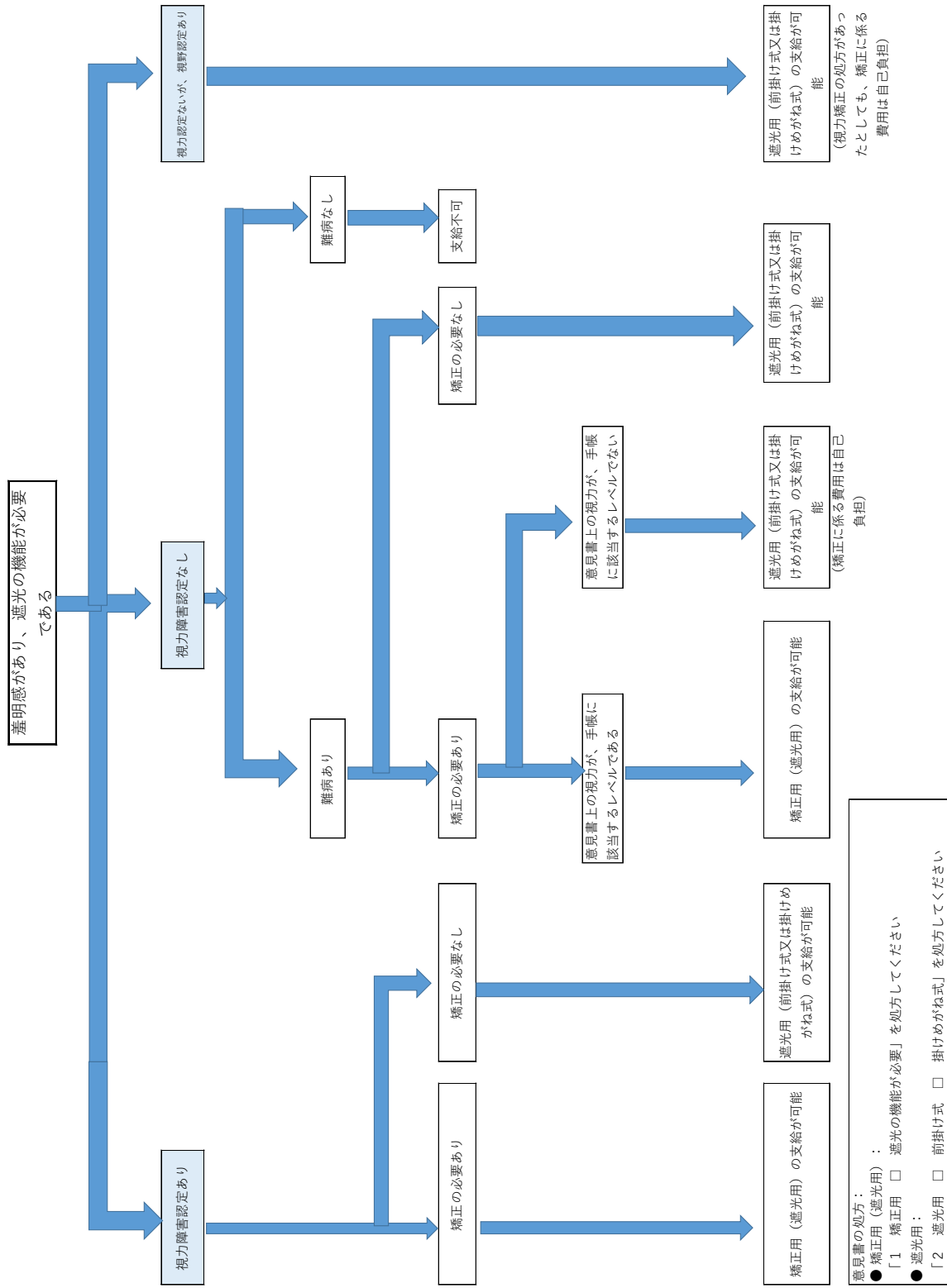
【使用効果見込】

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