

補装具費支給要否意見書(車載用姿勢保持装置)

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】							
	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								
処 方 内 容		□車載用姿勢保持装置							
		□ 上肢支え □軟性内張り(座面) □頭部支え □借受け (期間: ヶ月)(所見:)							
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】(R8.6)

1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。

2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。

4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項

5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由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を記入すること。