

# 補装具費支給についての意見書

( 姿 勢 保 持 装 置 用 )

|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |        |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 氏 名                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 障害名及び原因<br>となった<br>疾病・外傷名                    | 発生年月日 年 月 日<br>最終診察日 年 月 日<br>*障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |        |
| 経 過<br>・<br>現 症<br><br>姿勢保持困難な<br>状況を具体的に    | 注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |        |
| 姿<br>勢<br>保<br>持<br>装<br>置<br>処<br>方<br>箋    | <p>〔基本価格〕</p> <p>頭・頸部（採寸・採型） / 上肢（採寸・採型 右・左） / 体幹部（採寸・採型）<br/>         骨盤・大腿部（採寸・採型） / 下腿・足部（採寸 右・左）</p> <p>〔製作要素価格〕</p> <p>&lt; 支 持 部 &gt; 頭部（頭部支え）<br/>         上肢（上肢支え 右・左） （前腕、手部支え 右・左）<br/>         体幹部（平面形状型・モールド型・張り調整型）<br/>         骨盤・大腿部（平面形状型・モールド型・張り調整型）<br/>         下腿部（下腿支え 右・左） / 足部（足台 右・左）<br/>         フレックス構造</p> <p>&lt; 支持部の連結 &gt; 固定（頸部・腰部 右・左 / 膝部 右・左 / 足部 右・左）<br/>         遊動（腰部 右・左 ・膝部 右・左 ・足部 右・左）<br/>         角度調節用部品（機械式・ガス圧式・電動式）</p> <p>&lt; 構造フレーム &gt; （木材・金属・車椅子 <u>※車いすの場合は2枚目へ詳細をご記入ください</u>）</p> <p>&lt; 調節機構 &gt; （ ）</p> <p>&lt; 付属品 &gt; カットアウトテーブル（クッション張り・テーブル取付部品）<br/>         上肢保持部品 （ ）<br/>         体幹保持部品 （ ）<br/>         骨盤保持部品 （ ）<br/>         下腿保持部品 （ ）<br/>         ベルト部品 （ ）<br/>         支持部カバー（頭部・上肢・体幹部・骨盤、大腿部・下腿部・足部）<br/>         体圧分散補助素材（頭部・上肢・体幹部・骨盤、大腿部・下腿部・足部）<br/>         キャスタ（標準・多機能） 内張り（アームレスト右・左）<br/>         その他 （ ）</p> <p>〔完成用部品〕 （ ）</p> |      |        |
| 上記のとおり診断する。<br>年 月 日 医療機関名<br>診療担当科<br>医 師 名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |        |

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

# 補装具費支給についての意見書

※（車椅子用）

|                                                                 |                                                                                                                                                                                               |      |        |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| 氏 名                                                             |                                                                                                                                                                                               | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 車椅子の型式                                                          |                                                                                                                                                                                               |      |        |
| 車椅子の処方                                                          |                                                                                                                                                                                               |      |        |
| 支 給 を 必 要<br>と す る 理 由                                          | 借受けの場合使用期間（ ）                                                                                                                                                                                 |      |        |
| (右記の付属品を必要とする場合は、必要な理由や本人の状況を記載してください。)                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・搭載台（携帯会話補助装置）（人工呼吸器）（喀痰吸引器）<br/>（理由 ）</li> <li>・酸素ボンベ固定装置（理由 ）</li> <li>・点滴ポール（理由 ）</li> <li>・栄養パック取り付け用ガードル架（理由 ）</li> <li>・日よけ ・雨よけ（理由 ）</li> </ul> |      |        |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日 医療機関名</p> <p>診療担当科</p> <p>医 師 名</p> |                                                                                                                                                                                               |      |        |

※ 本人の状態像、補装具の処方について、できるだけ具体的にご記入ください。