

補装具費支給についての意見書  
(座位保持装置用)

氏名		男・女	年 月 日生
障害名及び原因 となった 疾病・外傷名	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 *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 現症 座位保持困難な 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。		
座位保持装置処方箋	[基本価格] 頭・頸部(採寸・採型) / 上肢(採寸・採型) / 体幹部(採寸・採型) 骨盤・大腿部(採寸・採型) / 下腿・足部(採寸)  [製作要素価格] <支持部> 頭部(頭部支え) / 上肢(上肢支え・前腕、手部支え) 体幹部(平面形状型・モールド型・シート張り調節型) 骨盤・大腿部(平面形状型・モールド型・シート張り調節型) 下腿部(下腿支え) / 足部(足台) <支持部の連結> 固定(頸部・腰部・膝部・足部) 遊動(腰部・膝部・足部) 角度調節用部品(機械式・ガス圧式・電動式) <構造フレーム> (木材・金属・車いす ※車いすの場合は2枚目へ詳細をご記入ください) 借受けの場合使用期間 ( ) <付属品> 上肢保持部品 ( ) 体幹保持部品・骨盤保持部品 ( ) 下腿保持部品 ( ) ベルト部品 ( ) 支持部カバー(頭部・上肢・体幹部・骨盤、大腿部・下腿部・足部) 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) その他 ( ) <調節機構> ( )  [完成用部品] ( ) ( )		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医師名 印			

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

