

(補様式3)

補装具意見書 (姿勢保持装置)

氏名	(男・女)	年 月 日生	(歳)
住所			
身体障害者 手帳	有・無	障がい名	種 級 年 月 日交付
	(身障手帳未取得の場合に記入)		
難病疾患名			
現病歴および 座位保持の 現状について			
生活状況			
座位保持装置の 使用歴	<input type="checkbox"/> 現在使用 (年 月~) <input type="checkbox"/> 過去に使用 (年 月~ 年 月) <input type="checkbox"/> 使用歴なし		
具体的処方	別紙のとおりです。		
上記使用効果 見込み	(注：借受けが必要な場合は借受け期間および効果が明確となるように記載。)		
記入日	年 月 日		
医療機関名 担当科 医師名	氏名		

※ この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。

下記の該当する項目にチェックしてください。

- 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医
- 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師
- 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医
- 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

上記補装具は (適当・不適当) と判定します。

年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師

氏名		生年月日		明治・大正 昭和・平成・令和		年 月 日 () 歳			
住所			TEL						
医学的 所見	疾患名	身長	cm /	kg	職業 (具体的に)				
	障害名	移乗 能力	自立・半介助・介助		主な使用場所	屋内	屋外		
基本価格	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型		【付属品】					
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型 (右・左)		カットアウト テーブル	□カットアウトテーブル				
	3. 体幹部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型		□クッション張り □テーブル取付部品					
	4. 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型		上肢保持 部品	□アームレスト (右・左) □肘パッド (右・左) □縦型グリップ (右・左) □横型グリップ (右・左)				
	5. 下腿・足部	<input type="checkbox"/> 採寸 (右・左)			体幹保持 部品	□頭頸部パッド □肩パッド (右・左) □胸パッド □胸受けロール □体幹パッド (右・左) □腰部パッド (右・左)			
支持部	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 頭部支え		骨盤保持 部品		□骨盤パッド (右・左) □臀部パッド (右・左)			
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 上肢支え (右・左) <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え (右・左)			下腿保持 部品	□内転防止パッド □外転防止パッド (右・左) □膝パッド (右・左) □下腿保持パッド (右・左) □足部保持パッド (右・左)			
	3. 体幹部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型		ベルト 部品		□肩ベルト (右・左) □腕ベルト (右・左) □手首ベルト (右・左) □胸ベルト □骨盤ベルト □股ベルト □大腿ベルト (右・左) □膝ベルト (右・左) □下腿ベルト (右・左) □足首ベルト (右・左)			
	4. 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型				支持部力 バー	□頭部 □上肢 (右・左) □体幹部 平面形状型 □体幹部 モールド型 □体幹部 張り調整型 □骨盤・大腿部 平面形状型 □骨盤・大腿部 モールド型 □骨盤・大腿部 張り調整型 □下腿部 (右・左) □足部 (右・左)		
	5. 下腿部	<input type="checkbox"/> 下腿支え (右・左)					内張り	□アームレスト (右・左) □テーブル	
	6. 足部	<input type="checkbox"/> 足台 (右・左)		体圧分散 補助素材		□頭部 □上肢 (右・左) □体幹部 □骨盤・大腿部 □下腿部 (右・左) □足部 (右・左)			
	7. 加算要素	<input type="checkbox"/> フレックス構造			キャスタ	□標準 □多機能			
支持部の 連結	1. 固定	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝部 (右・左) <input type="checkbox"/> 足部 (右・左)		その他	□介助用グリップ (右・左) □ストoppa □高さ調整用台座				
	2. 遊動	<input type="checkbox"/> 腰部 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝部 (右・左) <input type="checkbox"/> 足部 (右・左)							
	3. 角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式							
構造 フレーム	使用材料	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属							
	機能 加算	1. ティルト	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式						
		2. 昇降機	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式						
3. 車椅子		<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式							
調節機構	1. 高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部 (右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート (右・左)							
	2. 前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部 (右・左)							
	3. 角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル							
	4. 脱着機能	<input type="checkbox"/> 体幹パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 膝パッド (右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート (右・左) <input type="checkbox"/> 内転防止パッド							
	5. 開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート (右・左) <input type="checkbox"/> 足部支持部 (右・左)							

【完成用部品価格】

完成用 部品			
特記事項、使用者の希望事項など記述すること (借受けの希望 有・無)			
処方	所在地 医療機関・科名 医師名	年 月 日	仮合せ 年 月 日 良・不良
採型		年 月 日	適合 判定 年 月 日