

<(肢)資料 1 >

補装具費支給意見書（肢体不自由）（車椅子を除く）							
補装具の名称							
氏名		生年月日	年 月 日	( 歳)			
住所							
疾患名			発症日	年 月 日			
障害名			身体障害者手帳	種 級			
来所困難な 医学的理由							
障害の 状況	(全身所見, 合併症, 筋力, 関節可動域制限, 歩行能力, 断端の状況, ADL など)		下肢装具・義足の場合				
			【右】		【左】		
			MMT	ROM		ROM	MMT
					股関節屈曲		
					股関節伸展		
					膝関節屈曲		
					膝関節伸展		
		足関節背屈					
		足関節底屈					
補装具の 使用場所・目的等							
補装具の処方内容							
処方効果							
申請の意向等	(購入・借受け・修理)						
	※借受けを選択する理由 (障害の進行・成長・購入前の試用)						
	※借受け期間 (                      カ月) (最大 12 カ月まで)						
	年 月 日	病院・保健所名					
		診療科					
		医師名					

※意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

<(肢)資料2>

## 補装具費支給意見書（肢体不自由 車椅子を除く）の作成上の注意点

この意見書は補装具の処方を行う際の判断の基準にさせていただくためのものです。  
記入については以下の点を参考にしてください。

補装具の名称：

上肢装具、体幹装具、下肢装具、義手、義足など該当するものを書いてください。

発症日：障害の原因となる疾患を発症した日を書いてください。

障害名：身体障害者手帳の障害名を書いてください。

来所が困難な医学的な理由：

入院・入所中でセンターに来所できない医学的なリスクを具体的に書いてください。

障害の状況：以下の内容を参考に書いてください。

- ・筋力
- ・関節可動域の制限
- ・麻痺の回復段階
- ・下肢の変形
- ・脚長差（下肢長を記入する）
- ・立位、歩行の状況
- ・現在使用している装具や杖の種類
- ・歩行の実用性（室内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離）
- \*身体機能の他、精神機能や高次脳機能障害等により生活上介助が必要な状況があれば書いてください。
- \*切断の場合は断端の状態（断端長、傷の有無、成熟の程度等）を書いてください。

補装具の使用場所・目的等：

自宅または施設内、室内又は屋外のどちらで主に使用するのか、兼用することは可能か等書いてください。目的については歩行の自立・介助軽減、移乗の安定性確保等を書いてください。

補装具の処方内容：

名称、種類、継ぎ手のタイプ、必要な付属品等を記載してください。  
補装具事業者が決まっている場合は見積書の写しを添付してください。

処方効果：生活上可能となる動作を具体的に書いてください。

申請の意向等：該当する意向に○をつけてください。

借受けを選択した場合は該当する理由に○をつけてください。

借受け期間を記入して下さい。

問い合わせ先：東京都心身障害者福祉センター

障害認定課 身体障害担当

TEL 03-3235-2965

多摩支所 判定担当

TEL 042-573-3311