

<(肢)資料 5 >

補装具費支給意見書（座位保持装置用）					
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
身長	cm	体重	kg	愛の手帳 有（ 度）・無	
現病歴・ 障害状況					
来所困難な 医学的理由					
		右	左		
関節 可 動 域	股関節 屈曲			嚥下障害	有（経管栄養・ ）・無
	伸展			誤嚥性肺炎	有 ・ 無
	内転			呼吸障害	閉塞性・拘束性・混合性 喘鳴・気管切開・人工呼吸器
	外転				
	内旋			吸引の必要性	有 ・ 無
	外旋			排泄障害	有 ・ 無
	膝関節 屈曲			股関節脱臼	有（左・右／脱臼・亜脱臼）・無
	伸展			てんかん発作	有 ・ 無 頻度（ 回／週・月・年）
足関節 底屈					
	背屈				
褥瘡	有・無	部位（ ）		既往有	部位（ ）
発赤	有・無	部位（ ）		痛み	有・無 部位（ ）
服薬	有・無	内容（抗てんかん剤・筋弛緩剤・ ）			
脊柱変形	有（重度・中等度・軽度） 無	比較的垂直・後彎のみ・後彎側彎合併・側彎のみ・ その他（ ）			
胸郭変形	有（重度・中等度・軽度） 無	扁平胸郭・樽状胸郭 漏斗胸・鳩胸・ その他（ ）			

筋緊張の異常	有(重度・中等度・軽度) 無	低緊張・過緊張・痙直型・アトローゼ型・失調・ その他( )
座位保持能力	補助がなくても座位保持可能 補助があれば座位保持可能 補助があっても座位保持不能	
座位姿勢 (車椅子もしくは介助し座った 場合の姿勢特徴を図か文章で 御記入下さい。)		
A D L	介助の程度	具体的状況(自助具等利用する場合は使用状況も御記入ください。)
摂食動作	自立・一部介助・全介助	
車椅子操作	自立・一部介助・全介助	
トランスファー	自立・一部介助・全介助	
屋内の移動手段	自立・一部介助・全介助	
座位保持装置の 使用目的・場所・ 使用時間		
座位保持装置の 処方内容	名称；平面形状型・モールド型(採寸・採型・完成用部品 シート張り調節型・その他( )	
	フレーム構造 ；木製・金属・完成用部品・車椅子・電動車椅子	
	リクライニング機能 ；有(リクライニング/ティルト/リクライニング・ティルト)・無	
	必要な支持範囲 ；頭部・背面・座面・下腿支え・足台	
	特に必要な付属品；	
処方効果	製作方法 ；採寸・採型 設定座角； 度程度	
	座位耐久性向上・座位機会の増加・食事介助軽減・誤嚥防止・排泄 ・上肢機能の向上・不随意運動の抑制・その他( ) 上記の具体的内容；	
申請の意向等	購入(借受けの意向 有・無)・借受け・修理 借受け理由： 障害の進行・成長・購入前の試用 借受け期間： カ月 (最大12ヵ月) 事業者名 ；	
年 月 日 病院・保健所名 診療科 医師名		

作成上のお願ひ

- 1 本意見書は、医学的な理由による来所困難者を対象に、特例的な書類審査にて判定を行うためのものです。来所困難な医学的理由を具体的にご記入ください。
- 2 各項目の該当するものを○で囲んで下さい。空欄にはご記入下さい。
- 3 意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師、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。