

### 座位保持装置 補装具費支給意見書・処方票

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳	
医学的所見	障害及び原傷病名又は疾病名	身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。			身長・体重 ( ) cm ( ) kg	
主な使用場所	屋内 屋外 屋内外	職業(具体的に)				
障害の状況	(注：当該補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。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、その他の所見に記載してください。)					
	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他( )			(図示すること) 運動障害  感覚障害 切離断  拘縮  変形 	
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感覚脱失 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 感覚過敏				
	変形・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )				
	歩行能力	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 杖・装具等( )使用し( )m歩行可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行可能( )m				
	握力	右( )kg 左( )kg				
	定頸	(抗重力位で) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定(支持が必要)				
	手動車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 辛うじて自力にて可能 <input type="checkbox"/> 不可				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可能 <input type="checkbox"/> 全介助				
	体幹機能	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (側彎の角度: )度 <small>※側彎の状態により完成用部品を必要とする場合は、上記に側彎の角度と、座位の機能状態等を詳しく記載して下さい。</small>				
	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在は無いが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし				
その他の所見						
操作能力等	※ 構造フレームに電動車椅子を使用する場合に記入すること 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり } 視野 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり } 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり( ) → 安全走行に { 支障なし 支障あり } 認知能力 操作理解：可能・困難・不明 交通規則理解：可能・困難・不明 操作方法 <input type="checkbox"/> 上肢 → { 右・左 } <input type="checkbox"/> 下肢 → { 右・左 } <input type="checkbox"/> その他 → { } 操作経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用中( )年・月) <input type="checkbox"/> 過去にあり(期間: ) 操作能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
使用込効果	(使用により可能となることが見込まれる活動等、再製作の場合は理由等を記載して下さい)					
特記事項						



**完成用部品を使用する場合は、部品名と当該部品を必要とする理由を下記にご記入下さい。**

※座位保持装置は、身体状況に合わせてオーダーメイドで作製することが基本です。また、補装具は公費で支給されるものであることから、既製品であり、かつ高額な完成用部品を使用する場合には特に、当該部品の必要性を明確にする必要があります。オーダーメイドではどのような理由で対応できないのか、なぜ希望する完成用部品を使用しなければならないのか、といった点をできるだけ詳しく教えて下さい。なお、オーダーメイドでも対応できると判断される場合等は、オーダーメイドでの作製等をお願いすることになりますことを、ご了承下さい。

使用する完成用部品名		当該部品を必要とする理由 ※部品ごとに必要性をご記入下さい。
支持部		
支持部ベース		
支持部調整用部品		
身体保持部品		
構造フレーム		
継手部品		<input type="checkbox"/> 適宜、適切なアライメントに調整する必要があるため <input type="checkbox"/> 強い緊張や不随意運動により他の継手では強度が不足するため <input type="checkbox"/> その他( )
固定金具部品 その他		<input type="checkbox"/> ベルト等の固定力を増すために必要 <input type="checkbox"/> 構造フレームとシーティングユニットを結合させるため <input type="checkbox"/> その他( )

上記のとおり意見する。	年 月 日
医療機関名	適合確認( 年 月 日) 確認者 職氏名
診療科目名	
医師氏名	
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他( )	

※ 完成用部品を使用しない場合は、医師サイン欄のみご記入下さい。

※ 欄に入りきらない場合は、別紙に記載して添付して下さい。