

(表面)

義 手 意 見 書

氏名		生年月日	年	月	日()歳
住所		手帳等級	種	級	
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)				
原傷病名					
切断部位	切断肢 (右 左 両側) 切断日 (年 月 日) 肩甲胸郭間 肩関節 上腕部 肘関節 前腕部 手関節 手根骨 中手骨 基節骨(第 指) 中節骨(第 指)				
障 が い 状 態 ・ 疾 病 等 の 状 況	断端長	()cm			
	断 端 の 形 状	骨端部の突出	なし	あり	
		浮腫	なし	あり	
		断端の形	円錐形	円筒形	先端が太くなっている
	皮 膚	術創の状態	治癒	治癒していない(状態:)	
		癒痕の有無	なし	あり(状態:)	
		皮下組織	ふつう	硬い	柔らかい
		血流(循環)	よい	よくない()	
	知覚障害	なし	知覚過敏	知覚鈍麻	知覚脱失
	痛み	自発痛	圧痛点	運動痛	神経腫 幻肢痛
上肢関節機能	(上位関節の可動性・筋力の状態等を記載して下さい。)				
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。)				
使用効果見込み					

※ 欠損の場合も切断に準じて、必要な箇所を記載して下さい。

(裏面)

義 手 の 処 方 (購 入 及 び 借 受 け)

処方部位		右 ・ 左 ・ 両側 (右: _____ 左: _____)							
構造		殻構造 ・ 骨格構造							
基本 型式	名称 (採型区分)	肩義手 (A-1)	上腕義手 (A-2)	肘義手 (A-3)	前腕義手 (A-4)	手義手 (A-5)	手部義手 (A-6)	手指義手 (多指切断A-6) (1指切断A-7)	
	型 式	能動式	能動式	能動式	能動式	能動式	能動式	能動式	
		電動式	電動式	電動式	電動式	電動式	電動式		
		その他	装飾用 作業用	その他	装飾用 作業用	その他	装飾用 作業用	その他	装飾用 作業用
	幹部を使用する作業用義手(骨格構造)								
採型区分 (加算項目)	肩甲胸郭間 切断用	吸着式	吸着式	顆上懸垂式 スプリットソケット					
		シリコーン又はライナー							
		透明プラスチック							
製 作 要 素	ソケット	皮革	熱硬化性樹脂	熱可塑性樹脂					
	ソフトインサート	皮革	軟性発泡樹脂	皮革・軟性発泡樹脂					
	支持部	熱硬化性樹脂	熱可塑性樹脂	骨格構造用	電動式				
	義手用ハーネス	肩義手用	胸部バンド式肩ハーネス一式	肩たすき一式					
		上腕義手用 肘義手用	胸部バンド式上腕ハーネス一式	肩たすき一式	8字ハーネス一式	断端袋			
前腕義手用 手義手用 手部義手用		胸部バンド式前腕ハーネス一式	8字ハーネス一式	9字ハーネス一式	たわみ式肘継手 (一組) Yストラップ 上腕カフ (三角筋パッド) 断端袋				
外 装	皮革	プラスチック	塗装	骨格構造用					
完 成 用 部 品	購 入	肩 継 手	隔板式	屈曲・外転式	ユニバーサル式	部品名			
		肘 継 手	硬性たわみ式	単軸ヒンジ	多軸ヒンジ式	部品名			
			能動単軸ブロック式	倍動ヒンジ	作業用幹部式				
	手 継 手	手動単軸ブロック式	単軸式 ()						
		面摩擦式	軸摩擦式	迅速交換式	屈曲式	部品名			
	手 先 具	手屈曲式	作業用幹部式	手部コネクタ					
能動ハンド		能動フック	装飾ハンド		部品名				
手袋 (コスメチックグラブ)	作業用手先具								
そ の 他	フォームカバー	ライナー		部品名					
()									
借受けが適 当な完成用部品	部 品 名								
	借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)							
	理 由								
特記事項									
上記のとおり意見する。									
年 月 日									
医療機関の所在地									
名 称									
医師氏名									

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者

※ については、原則、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定ですが、上記、義肢装具等適合判定医師研修会修了者が作成した場合は、この意見書での書類判定が可能となります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の処方となります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

義 足 意 見 書

氏名		生年月日	年	月	日()歳	
住所		手帳等級	種	級		
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい。)					
原傷病名						
切断部位	切断肢 (右 左 両側)		切断日 (年 月 日)			
	骨盤部	股関節	大腿部	膝関節	下腿部	足関節
	サイム切断	ショパール関節	リスフラン関節	足指 (第	指)	
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	断端長	()cm				
	断 端 の 状 態	骨端部の突出	なし	あり		
		浮腫	なし	あり		
		断端の形	円錐形	円筒形	先端が太くなっている	
	皮 膚	術創の状態	治癒	治癒していない(状態:)		
		癒痕の有無	なし	あり(状態:)		
		皮下組織	ふつう	硬い	柔らかい	
		血流(循環)	よい	よくない()		
	知覚障害	なし	知覚過敏	知覚鈍麻	知覚脱失	
	痛み	自発痛	圧痛点	運動痛	神経腫	幻肢痛
下肢関節機能	(上位関節の可動性・筋力の状態等を記載して下さい。)					
立位保持 (義足未使用)	可能	手すり等につかまれば可能		一部可能	不可能	
移動方法 (義足未使用)	介助不要	一部介助	全面介助			
	※ 使用する補装具 (なし・ あり 補装具名:)					
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。)					
使用効果見込み						

※ 欠損の場合も切断に準じて、必要な箇所を記載して下さい。

(裏面)

義 足 の 処 方 (購 入 及 び 借 受 け)

処方部位	右 ・ 左 ・ 両側 (右 : _____ 左 : _____)							
構 造	殻 構 造 ・ 骨 格 構 造							
基 本 型 式	名 称 (採型区分)	股義足 (B-1)	大腿義足 (B-2)	膝義足 (B-3)	下腿義足 (B-4)	サイム義足 (B-5)	足根中足義足 (B-6)	足趾義足 (B-7)
	型 式		差込式	差込式	差込式	差込式	足袋式	
			ライナー式	ライナー式	PTB式	有窓式	下腿部支持式	
			吸着式	吸着式	PTS式			
(加算項目)	片側骨盤 切断用	短断端切断用 キップシャフト 坐骨収納型ソケット	大腿 支柱付き	大腿 支柱付き				
製 作 要 素	ソ ケ ッ ト	木製	皮革	熱硬化性樹脂	熱可塑性樹脂			
	(加算項目)			エアクションソケット				
	ソフトインサート	皮革	軟性発泡樹脂	皮革・軟性発泡樹脂	皮革・フェルト	シリコン		
	支持部	皮革(下腿部支持式)	軟性発泡樹脂(下腿部支持式)	皮革・軟性発泡樹脂(下腿部支持式)				
	懸垂用部品	木製	熱硬化性樹脂	軟性発泡樹脂(足部)	骨格構造用			
	断 端 袋	大腿用	下腿用					
外 装	皮革	プラスチック	塗装	リアルソックス	表革	裏革	骨格構造用	
完 成 用 部 品	購 入	股継手	ヒンジ継手	カナダ式	ロック式	部品名		
		膝継手	ヒンジ継手	単軸膝	安全膝	多軸膝	部品名	
		足継手	固定式(SACH足用)	遊動式			部品名	
	足 部	SACH足部	単軸足部	多軸足部		部品名		
その他	装飾足袋	サイム用足部						
借受けが適当な 完成用部品	部 品 名							
借受け期間		か 月 (最長1年が原則です。)						
理 由								
特記事項								
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 名 称 医師氏名</p>								

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者

※ [] については、原則、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定ですが、上記補装具適合判定医師研修会修了者が作成した場合は、この意見書での判定が可能となります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

下 肢 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名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。)		
運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()		
知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失		
上肢機能	右 障がい (なし・あり)	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)	
	左 障がい (なし・あり)		
体幹機能	障がい (なし・あり)		
下肢機能	右 障がい (なし・あり)		
	左 障がい (なし・あり)		
脚長差	な し あり (右下肢長 cm ・ 左下肢長 cm)		
立位保持	可 能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能		
歩 行 の 状 態	補装具	【 使用している補装具 】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 右 補装具名： <input type="checkbox"/> 左 補装具名：	
	未装着時	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能	
	装着時	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能	
	具体的所見	(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)	
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)		
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。			
進行性疾患：	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理	
支給決定手続：	<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般	由	
使用効果見込み			

(裏面)

下肢装具の処方 (購入及び借受け)

(使用場所: 屋内・屋外・屋内外)

処方部位		右・左・両側 (右 左)					
基本型式	名称 (採型区分)	オーダーメイド		レディメイド <small>レディメイドとは、装具として完成し調整を必須としないもの、加工の必要がない部品を組み立てる等して完成させるものをいいます。</small>			
		メーカー名:					
		装具名:					
		型番:					
			股装具	長下肢装具 <small>(A-3) (A-2骨盤帯長下肢装具片側) (A-10骨盤帯長下肢装具両側)</small>	膝装具	短下肢装具 <small>(A-5大腿骨顆部を覆うもの) (A-6)</small>	足装具 <small>(A-7aギブス採型) (A-7b印象材採型)</small>
			(A-1)		(A-4)		
			硬性	硬性	硬性	硬性	足底装具
			フレーム	両側支柱付・靴あり	両側支柱付	両側支柱付・靴なし	Denis-Browne (デニスブラウン)型
			軟性	両側支柱付・靴なし	片側支柱付	両側支柱付・靴あり	
			ツイスター	片側支柱付	軟性	片側支柱付	
					後方支柱付		
					軟性		
(加算項目)		補高足部 (健肢と大幅な脚長差がある) カーボン製装具の製作にチェック用装具を要する					
製作要素	継手	股継手	固定式	遊動式			
		膝継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
		足継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
	支持部	仙腸支持部	硬性(支柱付き・支柱なし)		フレーム	軟性	骨盤帯 (芯あり・芯なし)
		大腿支持部	半月 皮革等 (カフベルト・大腿コルセット)		硬性 (熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)		
		下腿支持部	半月 皮革等 (カフベルト・下腿コルセット)		硬性 (熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)		
		足部	あぶみ	足部覆い	標準靴	硬性 (熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)	
	加算項目	足底装具 (MP関節遠位・MP関節近位)					
		坐骨支持式 下腿支持部 (PTB式・PTS式・KBM式) 足板補強 カーボン					
		靴ありの処方 患足 (短靴・チャッカ靴・半長靴・長靴) (標準靴・整形靴・特殊靴) 健足 (短靴・チャッカ靴・半長靴・長靴)					
補高 右足 (補高 cm : 敷き革式 cm 靴の補高 cm) 左足 (補高 cm : 敷き革式 cm 靴の補高 cm)							
その他の加算要素		膝サポーター (支柱付き・支柱なし) 膝当て T・Yストラップ 補高足部 足底裏革 内張り (大腿部・下腿部・足部・足底部) 足底装具屋内用ベルト 高さ調整 その他 ()					
完成用部品	購入	名称 使用部品					
	継手部品						
	その他部品						
	借受けが適当な完成用部品		部品名				
		借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)				
		理由					
特記事項							
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名							
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 ※ 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)							
※ 長下肢装具と短下肢装具の免荷付き及び特殊な装具については、この意見書による書類判定ではなく、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定となります。 ※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。 ※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。							

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

靴型装具意見書

氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住所		手帳等級	種 級		
障害名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。)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()			
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失			
	上肢機能	右	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)		
		左			
	体幹機能	障がい (なし・あり)			
	下肢機能	右			障がい (なし・あり)
		左	障がい (なし・あり)		
	脚長差	なし あり (右下肢長 cm ・ 左下肢長 cm)			
	立位保持	可能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能			
	歩行の状態	实用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名：)			
(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)					
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。					
進行性疾患：	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理 由			
支給決定手続：	<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
使用効果見込み					

(裏面)

靴型装具の処方

(使用場所： 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外)

基本型式	処方部位(患足)	右 ・ 左 ・ 両側 (右： _____ 左： _____)				
	名 称	オーダーメイド	レディメイド <small>レディメイドとは、装具として完成し調整を必須としないもの、加工の必要がない部品を組み立てる等して完成させるものをいいます。</small>			
			メーカー名:			
			装 具 名:			
			型 番:			
基本構造 (採型区分)	長 靴 (B-1)	半長靴 (B-1)	チャッカ靴 (B-1)	短 靴 (B-2)		
(加算項目)	補 高 足 部					
製 作 要 素	患 足	整形靴	整形靴	整形靴	整形靴	
		特殊靴	特殊靴	特殊靴	特殊靴	
	(加算項目)	グッドイヤー式 ・ マッケイ式				
	健 足	長 靴	半 長 靴	チャッカ靴	短 靴	
		(加算項目)	グッドイヤー式 ・ マッケイ式			
	付属品等の加算要素	名 称				
		月型の延長	スチールバネ入り	トウボックス補強	鉛板の挿入	
		足背ベルト	ベルト(裏付き)の追加 本			
		補 高	右足 (補高 _____ cm : 敷き革式 _____ cm 靴の補高 _____ cm)			
			左足 (補高 _____ cm : 敷き革式 _____ cm 靴の補高 _____ cm)			
ヒールの補正		トルクヒール	ヒールウェッジ	カットオフヒール		
		キールヒール	サッチヒール	トーマスヒール		
	フレアヒール	階段状ヒール	逆トーマスヒール			
足底の補正	内側ソールウェッジ	外側ソールウェッジ	蝶型踏み返し			
	デンバーバー	トーマスバー	メイヨー半月バー			
	メタターサルバー	ハウザーバー	ロッカーバー			
そ の 他						
完 成 用 部 品	使用部品名称					
特 記 事 項						
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)						

※状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

体 幹 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳	
住 所		手帳等級	種 級	
障害名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。)			
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()		
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失		
	体 幹 機 能 障 害		(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)	
	下肢機能	右	障がい (なし・あり)	
		左	障がい (なし・あり)	
	立位保持	可 能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能		
	歩行の状態	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名：)		
(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)				
(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。				
進行性疾患：		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理 由	
支給決定手続：		<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般		
使用効果見込み				

(裏面)

体幹装具の処方（購入及び借受け）

基本型式	名称	オーダーメイド		レディメイド <small>（レディメイドとは、装具として完成し調整を必須としないもの、加工の必要がない部品を組み立てる等して完成させるものをいいます。）</small>		
				メーカー名:		
				装具名:		
				型番:		
	(採型区分)	頚椎装具 (胸腰仙椎装具付C-1) (頚胸椎装具C-2) (カラーC-3)	胸腰仙椎装具 (肩ベルト付C-4) (C-5)	腰仙椎装具 (C-6)	仙腸装具 (C-6)	側弯症装具
基本構造等		硬性	硬性	硬性	硬性	硬性
		フレーム	フレーム	軟性	フレーム	フレーム
		カラー	軟性		軟性	軟性
		斜頸矯正用枕			骨盤帯	
製作要素	支持部	頚椎支持部	硬性（支柱付き・支柱なし）		硬性のサンドイッチ構造	
			フレーム	カラー（あご受けあり・あご受けなし）		
		胸腰仙椎支持部	硬性（支柱付き・支柱なし）		硬性のサンドイッチ構造	
			フレーム	軟性		
		腰仙椎支持部	硬性（支柱付き・支柱なし）		硬性のサンドイッチ構造	
		フレーム	軟性			
	仙腸支持部	硬性（支柱付き・支柱なし）		硬性のサンドイッチ構造		
		フレーム	軟性	骨盤帯（芯のあるもの・芯のないもの）		
	骨盤支持部 (側弯症装具に限る)	皮革（補強材を含む）		硬性のサンドイッチ構造		
		硬性（ペルビックガードル）				
その他の加算要素	体幹装具付属品	高さ調整（頚椎装具のみ）	か所	肩ベルト	腹部エプロン	
		ターンバックル	腰部継手	バタフライ	会陰ひも	
					斜頸枕	
	側弯症装具付属品	ミルウォーキー型付属品一式				
	胸椎パッド	腰椎パッド	ショルダーリング	(完成用部品と併用加算不可)		
	腋窩パッド	ネックリング	胸郭バンド			
	アウトリガー	前方支柱	後方支柱	(完成用部品と併用加算可)		
	側方支柱					
内張り	頚椎支持部	胸腰仙椎支持部	腰仙椎支持部	仙腸支持部		
完成用部品	名称	使用部品				
	購入					
	借受けが適当な完成用部品	部品名				
		借受け期間	か月（最長1年が原則です。）			
	理由					
特記事項						
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>名称</p> <p>医師氏名</p> <p>※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者</p> <p><input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)</p> <p>※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。</p> <p>※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。</p> <p>※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。</p> <p style="text-align: right;">[大分県身体障害者更生相談所]</p>						

(表面)

上肢装具意見書

氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
住所		手帳等級	種 級
障害名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。)		
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()	
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失	
	部 位	右	障 が い (な し ・ あ り)
		左	障 が い (な し ・ あ り)
	上肢機能	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)	
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)		
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。			
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		理 由	
支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般			
使用効果見込み			

(裏面)

上肢装具の処方（購入及び借受け）

基本型式	処方部位	右 ・ 左 ・ 両側（右 左）					
	名称 (採型区分)	オーダーメイド		レディメイド <small>レディメイドとは、装具として完成し調整を必須としないもの、加工の必要がない部品を組み立てる等して完成させるものをいいます。</small>			
		メーカー名:					
		装具名:					
		型番:					
	肩装具		肘装具	手関節装具	手装具	指装具	BFO
	D-1		D-2(手部付) D-3	D-4	D-5	D-6	D-2
	硬性		硬性	硬性	硬性	硬性	BFO
	フレーム		両側支柱付	両側支柱付	フレーム	フレーム	
	軟性		軟性	片側支柱付	軟性	軟性	
			掌側(背側)支柱付				
			軟性				
製作要素	継手	肩継手	固定式	遊動式	肩回旋装置		
		肘継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
		手継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
		M P 継手	固定式	遊動式			
		I P 継手	固定式	(硬性 ・ フレーム)	遊動式	鋼線支柱	
	支持部	胸郭支持部	硬性	フレーム			
		骨盤支持部	硬性	フレーム			
		上腕支持部 (加算項目)	半月	皮革等 (カフベルト ・ 上腕コルセット)			硬性
		硬性のサンドイッチ構造					
		前腕支持部 (加算項目)	半月	皮革等 (カフベルト ・ 前腕コルセット)			硬性
		硬性のサンドイッチ構造					
		手部背側パッド	硬性	フレーム			
	手掌パッド	硬性	フレーム				
その他の加算要素		肘サポーター (支柱付 ・ 支柱なし)		基節骨パッド (硬性 ・ フレーム)			
		中・末節骨パッド (硬性 ・ フレーム)		伸展・屈曲補助パネ 肘当て			
		対立バー	Cバー	アウトリガー	フレクサーヒンジ		
		ターンバックル	ダイヤルロック	内張り (上腕部 ・ 前腕部 ・ 手部)			
完成用部品	購入	名称	使用部品				
		継手部品					
		その他部品					
	借受けが適当な完成用部品	部品名					
借受け期間		か月 (最長1年が原則です。)					
理由							
特記事項							
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 名称 医師氏名</p>							

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

姿勢保持装置意見書

氏名		生年月日	年 月 日生()歳
住所		身体障害者手帳	種 級
障害名及び原傷病名及び疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害名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。)		
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	身長(cm)	体重(kg)	頭部支持(可能 不安定 不可能)
	気管切開(なし・あり)	経管栄養(なし・あり)	意識障がい(なし・あり)
	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()	
	上肢機能	右 障がい(なし・あり) 左 障がい(なし・あり)	(所見:関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)
	体幹機能	障がい(なし・あり)	
	下肢機能	右 障がい(なし・あり) 左 障がい(なし・あり)	
	座位保持	短時間可能 支持(背部・脇部)があれば短時間可能 介助しても困難 不可能	
	椅子からの立ち上がり	手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能	
	立位保持	手すり等があれば短時間可能 介助があれば短時間可能 介助しても困難 不可能	
	知覚障がい	なし 不明 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失(部位:) ※褥瘡の有無(なし 既往あり 現在あり)(部位:)	
その他の所見	(処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)		
姿勢保持装置の使用経験	なし・あり	使用目的	移動用 屋内用 車載用 その他()
使用場所	自宅又は施設内(共有空間・ベッド・トイレ・入浴)・学校・屋外(通院や通学等) その他()		
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。			
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		理	
支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般		由	
使用効果見込み	(使用により可能となることが見込まれる活動等を記載して下さい。) なし・あり 効果内容：		

(裏面へ続く)

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

姿勢保持装置の処方（購入及び借受け）

身体部位区分による基本価格		採寸	頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿・足部(左・右)		
		採型	頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部			
製	支持部	頭部	頭部支え				フレックス構造有		
		上肢	上肢支え(左・右)		前腕・手部支え(左・右)		フレックス構造有		
		体幹部	平面形状型	モールド型(採型・採寸)		張り調整型		フレックス構造有	
		骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型(採型・採寸)		張り調整型		フレックス構造有	
		下腿部	下腿支え(左・右)				フレックス構造有		
		足部	足台(左・右)				フレックス構造有		
	支の持連部結	固定	頸部	腰部(左・右)	膝部(左・右)	足部(左・右)			
		遊動	腰部(左・右)		膝部(左・右)	足部(左・右)			
		角度調整用部品	機械式(使用本数 本)		ガス圧式(使用本数 本)	電動式(使用本数 本)			
	構レ造！フム	使用材料	木材 金属						
(機構加算)		ティルト機構 昇降機構 車椅子・電動車椅子→(名称)							
作	カットアウトテーブル	テーブル	テーブル(表面クッション張りあり)			テーブル取付部品			
	上肢保持部品	アームサポート(左・右)	肘パッド(左・右)	縦型グリップ(左・右)	横型グリップ(左・右)				
	体幹保持部品	頭頸部パッド	肩パッド(左・右)	胸パッド	胸受けロール	体幹パッド(左・右)	腰部パッド		
	骨盤保持部品	骨盤パッド(左・右)		殿部パッド					
	下肢保持部品	内転防止パッド		外転防止パッド(左・右)		膝パッド(左・右)			
		下腿保持パッド(左・右)		足部保持パッド(左・右)					
要	品	ベルト部品		肩ベルト(左・右)	腕ベルト(左・右)	手首ベルト(左・右)	胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト 大腿ベルト(左・右) 膝ベルト(左・右) 下腿ベルト(左・右) 足首ベルト(左・右)		
		支持部カバー	頭部	頭部				・脱着式	防水加工有
			上肢	上肢(右・左)				・脱着式	
			体幹部	平面形状型	モールド型	張り調整型		・脱着式	
			骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型	張り調整型		・脱着式	
			下腿部	下腿部(右・左)				・脱着式	
	足部	足部(右・左)				・脱着式			
	素	内張り	アームサポート(左・右)		テーブル				
		体圧分散補助素材	頭部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿部(左・右)	足部(左・右)	
		キャスト	標準	個	多機能キャスト	個			
その他		介助用グリップ(左・右)		ストッパー(個)	高さ調整用台座				
機	調節	高さ調節	頭部支持部	体幹支持部	骨盤・大腿支持部	足部支持部(左・右)	アームサポート(左・右)		
		前後調節	頭部支持部	骨盤・大腿支持部		足部支持部(左・右)			
		角度調節	頭部支持部	テーブル					
	開閉機構	脱着機構	体幹パッド(左・右)		骨盤パッド(左・右)	膝パッド(左・右)	アームサポート(左・右) 内転防止パッド		
		開閉機構	アームサポート(左・右)		足部支持部(右・左)				
完成用部品	購入部品								
	借受けが適当な完成用部品	部品名							
		借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)						
	理由								

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

視覚障害者用補装具意見書

氏名		生年月日	年	月	日	歳																																					
住所			手帳等級	種 級																																							
障害名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。)																																										
障がい・疾病等の状況	(本意見書作成時の状態について記載して下さい。)																																										
	1 視力																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">裸 眼</td> <td style="width: 15%;">矯 正</td> </tr> <tr> <td>右眼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左眼</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							裸 眼	矯 正	右眼			左眼																														
	裸 眼	矯 正																																									
右眼																																											
左眼																																											
2 現症																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 35%;">右</td> <td style="width: 35%;">左</td> </tr> <tr> <td>前 眼 部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼 底</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							右	左	前 眼 部			中間透光体			眼 底																												
	右	左																																									
前 眼 部																																											
中間透光体																																											
眼 底																																											
3 その他の所見 (難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)																																											
[]																																											
使用目的及び具体的効果																																											
処 方	〔眼 鏡〕																																										
	・矯正用 (近用 ・ 遠用 ・ 両用) [6D未満、6D以上10D未満、10D以上20D未満、20D以上] 遮光用機能 [無 ・ 有 : 品名 () カラータイプ () 遮光率 () %]																																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 10%;">レンズ</td> <td style="width: 10%;">球 面</td> <td style="width: 10%;">円 柱</td> <td style="width: 10%;">円柱軸</td> <td style="width: 10%;">プリズム</td> <td style="width: 10%;">基底</td> <td style="width: 10%;">瞳孔間距離</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">遠用</td> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">近用</td> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							レンズ	球 面	円 柱	円柱軸	プリズム	基底	瞳孔間距離	遠用	右 眼							左 眼							近用	右 眼							左 眼					
	レンズ	球 面	円 柱	円柱軸	プリズム	基底	瞳孔間距離																																				
遠用	右 眼																																										
	左 眼																																										
近用	右 眼																																										
	左 眼																																										
・遮光用 [前掛式 、 掛けめがね式] 品名 () カラータイプ () 遮光率 () % ・コンタクトレンズ レンズ機能追加 (なし ・ 多段階レンズ ・ 虹彩付レンズ) ・弱視用 [掛けめがね式 (主鏡 倍)、焦点調整式]																																											
〔義 眼〕																																											
[レディメイド 、 オーダーメイド] (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)																																											
上記のとおり意見する。																																											
年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名																																											
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 視覚障害者用補装具適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)																																											

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。
 ※ 状況により、視野障害の検査結果を添付していただく場合があります。

(表面)

補聴器意見書

氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所				手帳等級	種 級		
障害名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。)						
障がい・疾病等の状況	聴力	500	1000	2000	Hz	聴力	
	0					右	dB
	10					左	dB
	20						
	30						
	40						
	50						
	60						
	70						
	80						
	90						
	100						
	110						
	人工内耳装用の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 両耳）						
	その他の所見	(難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)					
補聴器の処方	装用耳	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左右どちらでもよい <input type="checkbox"/> 両耳					
	理由	(聴力が低下している側や両耳への処方、人工内耳装用者の場合は、必ず理由を記載して下さい。)					
	名称	高度難聴用 <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型					
	理由	(耳あな型や骨導式、特例補聴器を処方する場合は、必要な理由及び使用効果を記載して下さい。)					
付属品	<input type="checkbox"/> イヤモールド	必要な理由	<input type="checkbox"/> 補聴器の試用の際（補聴効果を調べるとき）、ハウリングしやすい				
	<input type="checkbox"/> 受信機 <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（充電器を含む） <input type="checkbox"/> オーディオシュー <input type="checkbox"/> その他（)		<input type="checkbox"/> 外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない <input type="checkbox"/> その他（)				
(人工内耳装用者の受信機・ワイヤレスマイクは特例補装具になりますので、その場合は必要な理由及び使用効果を必ず記載して下さい。)							
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名							
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。							
<input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補聴器適合判定医師研修会修了者							
<input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)							

※ 該当する項目の□の中に、チェックを入れて下さい。
 ※ 補聴器の処方に当たっては裏面「記入上の注意」をご参照のうえ、ご記入下さい。
 ※ 状況によっては、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

(裏面)

記入上の注意

事務の円滑・適正な運用に資するため、下記に留意し、表面「補聴器意見書」の記入をお願いします。

● 補聴器の基本構造及び対象者

種別		内容	
高度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB未満のもの。 90dB最大出力音圧のピーク値が125dB以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。	② 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が130db未満のもの。 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が120db以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。
	対象者	概ね聴力レベルが90dB未満の者	
重度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB以上のもの。 その他は高度難聴用①に準ずる。	
	対象者	概ね聴力レベルが90dB以上の者	
耳あな型	レディメイド	基本構造	高度難聴用に準ずる。
		対象者	ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に耳あな型の補聴器を必要とする者。
	オーダーメイド	基本構造	耳あな型レディメイドに準ずる。ただし、出力制限装置は内蔵型を含むもの。
		対象者	障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式 ポケット型 眼鏡型	基本構造	90dB最大フォースレベルの表示値が110dB以上のもの。	
	対象者	伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤーマールドの使用が困難な者。	
イヤーマールド	対象者	外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない者。 補聴器の試用の際(補聴効果を調べるとき)、ハウリングが避けられない者	

● 補聴器の差額自己負担について

高度難聴用、重度難聴用に変更がない場合で、価格の差額自己負担を使用者が了解すれば、希望する型(ポケット型・耳かけ型・耳あな型)を選択できるようになりました。骨導式についても、ポケット型から眼鏡型に変更可能です(下図参照)。

医学的な処方による対象者の判断基準に変更はありません(上図参照)。

本人が差額自己負担により耳あな型等を希望する場合でも、スイッチ操作が困難な場合等個人の状況によって医学的処方からの変更が不相当と判断される場合は、表面の「補聴器の処方」欄の処方理由等にその旨を記入して下さい。

差額を自己負担することにより変更可能な補聴器	
判定で処方された補聴器	差額自己負担できる補聴器
高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型	→ 高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型	→ 重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
骨導式ポケット型	→ 骨導式眼鏡型

● 両耳装用について

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個(片耳)です。
ただし、職業又は教育上等、真に必要な場合は、2個(両耳)支給できます。

● 特例補聴器について

高度及び重度難聴用のポケット型・耳かけ型・耳あな型、骨導式(ポケット型及び眼鏡型)以外の補聴器は特例補聴器の扱いとなります。基準内の補聴器が装用・使用できない医学的理由を記載して下さい。また、耳の奇形等が理由の場合は写真等を添付してください。

● 「処方理由等」欄の記入について

下記に該当する処方の場合は、処方理由や使用効果を必ず「理由」の欄に記入して下さい。

- 装用耳は聴力の良い方が補聴効果が高いとされていますが、聴力が低下している側に処方する場合
- 装用耳の聴力が90dB未満で、重度難聴用補聴器を処方する場合
- 耳あな型や両耳装用、付属品の受信機やワイヤレスマイク及びオーディオシューを希望する場合

人工内耳用音声信号処理装置(修理)意見書・処方箋兼確認票

氏名		生年月日	年	月	日	歳
住所					身障手帳等級 (聴覚障害)	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	<small>(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。)</small>					
障がい・疾病等の状況	聴覚の 治療経過・ 障がい状況					
	その他の 所見	<small>(難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)</small>				
人工内耳		手術日	医療機関名		使用している人工内耳用音声信号 処理装置のメーカー及び機種名	
	右耳	年 月 日				
	左耳	年 月 日				
	不具合の 具体的状況					
人工内耳用音声信号処理装置(修理)の 処方	対象耳	<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 両耳				
	効果見込み					

上記のとおり意見、処方します。

また、障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について確認しました。

【人工内耳用音声信号処理装置 確認内容】	
<input type="checkbox"/> 該当の人工内耳用音声信号処理装置はメーカーの保証対象外となっている。 <input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。 <input type="checkbox"/> 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。	
年 月 日	医療機関名 所在地 担当診療科 作成医師氏名
※ 本書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補聴器適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)	

※ 該当する項目の□の中に、☑を入れて下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

車椅子意見書

氏名		生年月日	年	月	日()歳	
住所			手帳等級	種 級		
障害名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。)					
障 が い 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()				
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失 (部位:)				
	褥瘡	既往なし 既往あり 現在あり (部位:) 発赤や傷の危険性が高い 発赤や傷の危険性が高いが自力で除圧可能 危険性が低い (部位:)				
	上肢機能	右	障がい(なし・あり)			(関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)
		左	障がい(なし・あり)			
	体幹機能	障がい(なし・あり)				
	下肢機能	右	障がい(なし・あり)			
		左	障がい(なし・あり)			
	座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 不可能				
	椅子からの立ち上がり	可能 手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能				
歩行の状態	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※使用する補装具(なし・あり 補装具名:)					
車椅子操作	自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※操作方法(両手・右手・左手・右足・左足・その他:)					
移乗	自立 要見守り 一部介助 全面介助					
その他の所見	(合併症及び高次脳機能障がい等で車椅子操作能力、処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)					
その他	身長(cm)		体重(kg)		左右大転子間距離(cm)	
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。						
進行性疾患:		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理由			
支給決定手続:		<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
使用効果見込み						

(裏面)

車 椅 子 の 処 方 (使用場所： 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外)

車 椅 子 の 処 方	基本価格	標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)			頭頸部	
	本体価格	自走用 ・ 介助用				
		モジュラー式	レディメイド式	オーダーメイド式		
		標準	組立や加工に仮合わせや仕上げを必要としない	モジュラー式では対応できない理由		
	機構加算	リクライニング機構	ティルト機構	リフト機構	ティルト・リクライニング機構	
	構 造 部 品 加 算	基本構造	後方大車輪 (標準)	前方大車輪	6輪構造	幅止め 本
		(座)シート	スリング式 (標準)	張り調整式	板張り式 (座板の加算不可)	奥行調整
		バックサポート	スリング式 (標準)	張り調整式 バックサポート延長 (頭頸部まで)	背折れ ワイドフレーム	高さ調整 背座角度調整
		アームサポート	フレーム一体型 (固定式 (標準) ・ 跳ね上げ式 ・ 着脱式) (右 ・ 左) 独立型 (固定式 ・ 跳ね上げ式 ・ 着脱式) (右 ・ 左) 高さ調整 (右 ・ 左) 幅広 (右 ・ 左) 角度調整 (右 ・ 左) 延長 (右 ・ 左)			
		フット・レッグサポート	固定式 (標準)	挙上式 (右 ・ 左)	着脱式 (右 ・ 左)	レッグベルトの全面張り 開閉着脱式 (右 ・ 左) 挙上・開閉着脱式 (右 ・ 左)
フットサポート		セパレート式 (標準)	セパレート式 (二重折込式)	(右 ・ 左)	中折式 前後調整 (右 ・ 左) 角度調整 (右 ・ 左) 左右調整 (右 ・ 左)	
ブレーキ		駐車ブレーキ (標準)	介助用ブレーキ	フットブレーキ		
駆動輪・主輪		固定式 (標準)	着脱式	車軸位置調整	キャンバー角度変更	
ハンドリム		プラスチック (標準)	ステンレス (右 ・ 左)	アルミ (右 ・ 左)	片手駆動用	
要 素 付 属 品		クッション (カバー付き)	平面形状型	平面形状型 (多層構造又は立体構造 ・ ゲル素材)	防水加工 モールド型 モールド型 (多層構造又は立体構造 ・ ゲル素材) 滑り止め加工	
	座板	座板 クッション一体型 (カバー付きクッションとの併用不可)				
	背クッション	背クッション (滑り止め加工なし ・ 滑り止め加工あり)				
	ヘッドサポート (一体型は不可)	着脱式 (レディメイド枕含む)	マルチタイプ (レディメイド枕含む)	枕 (オーダーメイド) 着脱式 (オーダーメイド枕含む) マルチタイプ (オーダーメイド枕含む) 枕 (レディメイド)		
	フットサポート	ヒールループ (右 ・ 左)	アングルストラップ (右 ・ 左)	ステップカバー (右 ・ 左)		
	テーブル	テーブル	カットアウトテーブル (表面クッション張りあり ・ なし)	テーブル取付部品		
	転倒防止装置	パイプ	キャスタ付き (折りたたみなし)	キャスタ付き (折りたたみあり)		
	搭載台	呼吸器搭載台	痰吸引機搭載台	携帯用会話補助装置搭載台		
	杖たて	一本杖用	個	多脚つえ用	個	
	ハンドリム	滑り止め (右 ・ 左)		ノブ付き (右 ・ 左)		
格 品	姿勢保持部品 (姿勢保持装置付属品)	頭頸部パッド	肩パッド (左・右)	胸パッド	胸受けロール 体幹パッド (左・右) 腰部パッド 内転防止パッド 外転防止パッド (左・右) 膝パッド (左・右) 下腿保持パッド (左・右) 足部保持パッド (左・右) ()	
	ベルト部品 (姿勢保持装置付属品)	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)		
	その他	酸素ボンベ固定装置	点滴ポール	泥よけ	栄養バック取付用ガートル架 日よけ スポークカバー タイヤノーパンク 衝撃吸収キャスタ リフレクタ 個 雨よけ 高さ調整式手押しハンドル 車載固定用部品 個 ブレーキ延長レバー 個 ()	
姿勢保持装置 完成用部品						
特 記 事 項						

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限り。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

車椅子意見書 (心臓機能障害者用)

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
住所				手帳等級	種 級
障害名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。)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	心臓機能の臨床所見	(年 月 日の状況) ア 動悸 (あり・なし) ケ 人工ペースメーカー (あり・なし) イ 息切れ (あり・なし) コ 人工弁の移植・置換 (あり・なし) ウ 心音異常 (あり・なし) サ 陳旧性心筋梗塞 (あり・なし) エ 呼吸困難 (あり・なし) シ 房室ブロック (あり・なし) オ 胸痛 (あり・なし) ス 心房細動 (粗動) (あり・なし) カ チアノーゼ (あり・なし) セ 期外収縮 (あり・なし) キ 浮腫 (あり・なし) ク 不整脈 (あり・なし)			
	その他の所見	具体的状況： 身体活動能力 (運動強度 メッツ)			
	視力・視野	障がいなし	障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし	障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり
	肢体不自由	障がいなし	障がいあり	呼吸器	障がいなし 障がいあり
	(心臓機能障がい以外で車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)				
現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名：) (歩行等移動に支障をきたしている具体的な身体状況を記載して下さい。)				
移乗動作	自立	要見守り	一部介助	大部分介助	全介助
手動式車椅子操作	自立	平地なら可能	平地でも一部介助	実用性に乏しい	不可能
	※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他：)				
その他	身長(cm) 体重(kg) 握力右(kg) 左(kg) 左右大転子間距離(cm)				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。					
進行性疾患：	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	理		
支給決定手続：	<input type="checkbox"/> 迅速	<input type="checkbox"/> 一般	由		
使用効果見込み	なし・あり 効果内容：				

裏面へ続く

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

車椅子の処方 (使用場所: 屋内・屋外・屋内外)

車椅子の処方	基本価格	標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)		頭頸部			
	本体価格	自走用		介助用			
		モジュラー式	レディメイド式	オーダーメイド式			
		標準	組立や加工に仮合わせや仕上げを必要としない	モジュラー式では対応できない理由			
	機構加算	リクライニング機構	ティルト機構	リフト機構	ティルト・リクライニング機構		
	構造	基本構造	後方大車輪 (標準)	前方大車輪	6輪構造	幅止め 本	
		(座)シート	スリング式 (標準)	張り調整式	板張り式 (座板の加算不可)	奥行調整	
	部品	バックサポート	スリング式 (標準)	張り調整式	背折れ 高さ調整	背座角度調整	
		アームサポート	フレーム一体型 (固定式 (標準) ・跳ね上げ式 ・着脱式) (右 ・左)				
	加算	フット・レッグサポート	固定式 (標準)	挙上式 (右 ・左)	着脱式 (右 ・左)	レッグベルトの全面張り	
フットサポート		セパレート式 (標準)	セパレート式 (二重折込式) (右 ・左)	中折式			
要素	ブレーキ	駐車ブレーキ (標準)	介助用ブレーキ	フットブレーキ			
	駆動輪・主輪	固定式 (標準)	着脱式	車軸位置調整	キャンバー角度変更		
価格	ハンドリム	プラスチック (標準)	ステンレス (右 ・左)	アルミ (右 ・左)	片手駆動用		
	クッション (カバー付き)	平面形状型	平面形状型 (多層構造又は立体構造 ・ ゲル素材)		防水加工		
属	座板	座板	クッション一体型 (カバー付きクッションとの併用不可)				
	背クッション	背クッション (滑り止め加工なし ・ 滑り止め加工あり)					
品	ヘッドサポート (一体型は不可)	着脱式 (レディメイド枕含む)	マルチタイプ (レディメイド枕含む)	枕 (オーダーメイド)			
	フットサポート	着脱式 (オーダーメイド枕含む)	マルチタイプ (オーダーメイド枕含む)	枕 (レディメイド)			
品	テーブル	ヒールループ (右 ・左)	アングルストラップ (右 ・左)	ステップカバー (右 ・左)			
	転倒防止装置	テーブル	カットアウトテーブル (表面クッション張りあり ・ なし)	テーブル取付部品			
品	搭載台	パイプ	キャスタ付き (折りたたみなし)	キャスタ付き (折りたたみあり)			
	杖たて	呼吸器搭載台	痰吸引機搭載台	携帯用会話補助装置搭載台			
品	姿勢保持部品 (姿勢保持装置付属品)	一本杖用 個	多脚つえ用 個				
	ベルト部品 (姿勢保持装置付属品)	滑り止め (右 ・左)	ノブ付き (右 ・左)				
品	その他	姿勢保持部品	頭頸部パッド	肩パッド (左・右)	胸パッド	胸受けロール	体幹パッド (左・右)
		姿勢保持装置完成用部品	腰部パッド	内転防止パッド	外転防止パッド (左・右)	膝パッド (左・右)	
品	その他	姿勢保持装置完成用部品	下腿保持パッド (左・右)	足部保持パッド (左・右) ()			
		姿勢保持装置完成用部品	肩ベルト (右 ・左)	腕ベルト (右 ・左)	手首ベルト (右 ・左)		
品	その他	姿勢保持装置完成用部品	胸ベルト	骨盤ベルト	股ベルト	大腿ベルト (右 ・左)	
		姿勢保持装置完成用部品	膝ベルト (右 ・左)	下腿ベルト (右 ・左)	足首ベルト (右 ・左)		
品	その他	姿勢保持装置完成用部品	酸素ボンベ固定装置	点滴ポール	泥よけ	栄養パック取付用ガードル架	日よけ
		姿勢保持装置完成用部品	スポークカバー	タイヤノーバンク	衝撃吸収キャスタ	リフレクタ 個	雨よけ
品	その他	姿勢保持装置完成用部品	高さ調整式手押しハンドル	車載固定用部品	個	ブレーキ延長レバー	個
		姿勢保持装置完成用部品	()	()			
特記事項	上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 (心臓機能障害) <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医 (身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)							
※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。 ※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。							

車 椅 子 意 見 書 (呼吸器機能障害者用)

氏 名			生年月日	年 月 日 ()歳		
住 所			手帳等級	種 級		
障害名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。)					
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)					
障 がい ・ 疾 病 等 の 状 況	呼吸器機能の臨床所見	① 在宅酸素療法の有無 有 (常時 ・ 活動時のみ) ・ 無 ② 換気機能 (年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 一秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ③ 動脈血ガス (年 月 日) ア 酸素の有無 (有 ・ 無) イ O ₂ 分圧 Torr ウ CO ₂ 分圧 Torr エ pH _____ オ 採血より分析までに 時間 を要した場合 時間 分 カ 耳朶血を用いた場合 []		④ 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)  ア 胸膜癒着 (無・軽度・中程度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中程度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中程度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中程度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中程度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中程度・高度) ⑤現在の活動能力の程度		
	その他の所見	視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり	
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり		
	肢体不自由	障がいなし 障がいあり	心臓機能	障がいなし 障がいあり		
	(呼吸器機能障がい以外で車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)					
現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名:) (歩行等移動に支障をきたしている具体的状況を記載して下さい。)					
移乗動作	自立	要見守り	一部介助	大部分介助	全介助	
手動式車椅子操作	自立	平地なら可能	平地でも一部介助	実用性に乏しい	不可能	
	※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他:)					
その他	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg) 左右大転子間距離 (cm)					
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。						
進行性疾患:	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	理			
支給決定手続:	<input type="checkbox"/> 迅速	<input type="checkbox"/> 一般	由			
使用効果見込み	なし・あり 効果内容:					

車 椅 子 の 処 方 (使用場所： 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外)

車 椅 子 の 要 素 の 処 方	基本価格	標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)				頭頸部	
	本体価格	自走行 ・ 介助用					
		モジュラー式	レディメイド式		オーダーメイド式		
		標準	組立や加工に合わせや仕上げを必要としない	モジュラー式では対応できない理由			
	機構加算	リクライニング機構	ティルト機構	リフト機構	ティルト・リクライニング機構		
	構 造 部 品 加 算	基本構造	後方大車輪 (標準)	前方大車輪	6輪構造	幅止め	本
		(座)シート	スリング式 (標準)	張り調整式	板張り式 (座板の加算不可)	奥行調整	
		バックサポート	スリング式 (標準)	張り調整式	背折れ	高さ調整	背座角度調整
		アームサポート	フレーム一体型 (固定式 (標準) ・ 跳ね上げ式 ・ 着脱式) (右 ・ 左)				
			独立型 (固定式 ・ 跳ね上げ式 ・ 着脱式) (右 ・ 左)				
フット・レッグサポート		固定式 (標準)	挙上式 (右 ・ 左)	着脱式 (右 ・ 左)	レッグベルトの全面張り		
フットサポート		開閉着脱式 (右 ・ 左) 挙上・開閉着脱式 (右 ・ 左)					
		セパレート式 (標準)	セパレート式 (二重折込式) (右 ・ 左)				
ブレーキ		駐車ブレーキ (標準)	介助用ブレーキ	フットブレーキ			
駆動輪・主輪		固定式 (標準)	着脱式	車軸位置調整	キャンパー角度変更		
ハンドリム	プラスチック (標準)	ステンレス (右 ・ 左)	アルミ (右 ・ 左)	片手駆動用			
要 素 の 処 方	クッション (カバー付き)	平面形状型	平面形状型 (多層構造又は立体構造 ・ ゲル素材)		防水加工		
		モールド型	モールド型 (多層構造又は立体構造 ・ ゲル素材)		滑り止め加工		
	座板	座板 クッション一体型 (カバー付きクッションとの併用不可)					
	背クッション	背クッション (滑り止め加工なし ・ 滑り止め加工あり)					
	ヘッドサポート (一体型は不可)	着脱式 (レディメイド枕含む)		マルチタイプ (レディメイド枕含む)		枕 (オーダーメイド)	
		着脱式 (オーダーメイド枕含む)		マルチタイプ (オーダーメイド枕含む)		枕 (レディメイド)	
	フットサポート	ヒールループ (右 ・ 左)	アングルストラップ (右 ・ 左)	ステップカバー (右 ・ 左)			
	テーブル	テーブル	カットアウトテーブル (表面クッション張りあり・なし)		テーブル取付部品		
	転倒防止装置	パイプ	キャスタ付き (折りたたみなし)		キャスタ付き (折りたたみあり)		
	搭載台	呼吸器搭載台	痰吸引機搭載台	携帯用会話補助装置搭載台			
杖たて	一本杖用	個	多脚つえ用	個			
ハンドリム	滑り止め (右 ・ 左)		ノブ付き (右 ・ 左)				
格 品	姿勢保持部品 (姿勢保持装置付属品)	頭頸部パッド	肩パッド (左・右)	胸パッド	胸受けロール	体幹パッド (左・右)	
		腰部パッド	内転防止パッド	外転防止パッド (左・右)		膝パッド (左・右)	
		下腿保持パッド (左・右)		足部保持パッド (左・右) ()			
ベルト部品 (姿勢保持装置付属品)	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)		
その他	酸素ボンベ固定装置	点滴ポール	泥よけ	栄養パック取付用ガードル架	日よけ		
	スポークカバー	タイヤノーパンク	衝撃吸収キャスタ	リフレクタ	個	雨よけ	
	高さ調整式手押しハンドル	車載固定用部品		個	ブレーキ延長レバー	個	
	()	()					
姿勢保持装置完成用部品							
特 記 事 項							

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名 称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 (呼吸器機能障害)
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

電動車椅子意見書

氏名		生年月日		年 月 日 () 歳		
住所		手帳等級		種 級		
障害名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。)				
障 が い	現在までの経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
	運動障がい	身長(cm) 体重(kg) 握力右(kg) 左(kg) なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()				
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失 (部位:)				
	褥 瘡	既往なし 既往あり 現在あり (部位:) 発赤や傷の危険性が高い 発赤や傷の危険性が高いが自力で除圧可能 危険性が低い (部位:)				
疾 病	上肢機能	右 障がい(なし・あり)	(所見:関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)			
		左 障がい(なし・あり)				
	体幹機能	障がい(なし・あり)				
	下肢機能	右 障がい(なし・あり)				左 障がい(なし・あり)
等 の 状 況	座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 不可能				
	椅子からの立ち上がり	可能 手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能				
	歩行の状態	平地又は短距離のみ可能 屋内歩行のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※使用する補装具(なし・あり補装具名:)				
	手動式車椅子操作	自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他:)				
況	移 乗	自立 要見守り 一部介助 大部分介助 全介助				
	合併症等	視力・視野	障がいなし・障がいあり		聴 力	障がいなし・障がいあり
		知的・認知 高次脳機能等	障がいなし・障がいあり		音声・言語機能	障がいなし・障がいあり
その他の所見	具体的所見: (内部障がい等で電動車いすの操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)					
屋外走行時の交通規則の理解・遵守		可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難				
現在の移動手段	屋内	歩行 伝い歩き 補装具を使用(自立・要介助補装具名:)				
	屋外	補装具を使用(自立・要介助補装具名:)				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。						
進行性疾患:		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	理 由		
支給決定手続:		<input type="checkbox"/> 迅速	<input type="checkbox"/> 一般			
使用効果		なし・あり 効果内容:				

(裏面へ続く)

[大分県身体障害者更生相談所]

電 動 車 椅 子 の 処 方 (使用場所: 屋内・屋外・屋内外)

電	基本価格	標準形	低速用(4.5km/h以下)	中速用(6.0km/h以下)					
		簡易形	切替式	アシスト式					
		身体部位	標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) 頭頸部						
電	本体価格	モジュラー式	レディメイド式	オーダーメイド式					
		標準	組立や加工に仮合わせや仕上げを必要としないため		モジュラー式で対応できない理由				
動	機構加算	標準形	手動リクライニング機構	電動リクライニング機構	電動ティルト機構				
		簡易形	電動ティルト・リクライニング機構	電動リフト機構					
	加	算	操作レバー	感度調整ジョイスティック(標準)		標準ばねのばね圧変更			
			スイッチ	標準スイッチ	スイッチ延長	本			
			バッテリー	標準形シールドバッテリー(標準)		標準形リチウムイオンバッテリー			
			(座)シート	板張り式(標準・座板の追加は不可)		スリング式	張り調整式	奥行調整	
			バックサポート	スリング式(標準)	張り調整式	背折れ	高さ調整	背座角度調整	
			アームサポート	バックサポート延長(頭頸部まで) ワイドフレーム					
			フット・レッグサポート	フレーム一体型(固定式(標準)・跳ね上げ式・着脱式)(右・左)					
			フットサポート	独立型(固定式・跳ね上げ式・着脱式)(右・左)					
駆動輪・主輪			高さ調整(右・左) 幅広(右・左) 角度調整(右・左) 延長(右・左)						
子			素	固定式(標準)	挙上式(右・左)	着脱式(右・左)	レッグベルト全面張り		
	開閉着脱式(右・左)	挙上・開閉着脱式(右・左)							
	セパレート式(標準)	セパレート式(二重折込式)(右・左)		金属製フットサポート					
	前後調整(右・左)	角度調整(右・左)		左右調整(右・左)					
	ハンドリム	固定式(標準)		着脱式					
	プラスチック(標準)	ステンレス(右・左)		アルミ(右・左)	ノブ付き(右・左)				
	クッション(カバー付き)	平面形状型		平面形状型(多層構造又は立体構造・ゲル素材)		滑り止め加工			
	座板	モールド型		モールド型(多層構造又は立体構造・ゲル素材)		防水加工			
	ヘッドサポート(一体型は不可)	座板 クッション一体型(カバー付きクッションとの併用不可)							
	テーブル	着脱式(レディメイド枕含む)		マルチタイプ(レディメイド枕含む)		枕(オーダーメイド)			
の	価	テーブル	着脱式(オーダーメイド枕含む)		マルチタイプ(オーダーメイド枕含む) 枕(レディメイド)				
		杖たて	ヒールループ(右・左)	アンクルストラップ(右・左)		ステップカバー(右・左)			
		多様入力コントローラ	テーブル	カットアウトテーブル(表面クッション張りあり・なし) テーブル取付部品					
		ジョイスティックノブ	一本杖用	個	多脚つえ用	個			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	非常停止スイッチボックス	4方向スイッチボード		8方向スイッチボード			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	小型ジョイスティックボックス	フォースセンサー		足用ボックス			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	小ノブ	球ノブ	こけしノブ				
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	Uノブ	十字ノブ	ペンノブ	太長ノブ	T字ノブ	極小ノブ	
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	頭頸部パッド	肩パッド(左・右)	胸パッド	胸受けロール	体幹パッド(左・右)		
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	腰部パッド	内転防止パッド	外転防止パッド(左・右)		膝パッド(左・右)		
方	格	姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	下腿保持パッド(左・右)		足部保持パッド(左・右)()				
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	肩ベルト(左・右)	腕ベルト(左・右)	手首ベルト(左・右)	胸ベルト	骨盤ベルト	股ベルト	
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	大腿ベルト(左・右)	膝ベルト(左・右)	下腿ベルト(左・右)	足首ベルト(左・右)			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	背クッション(滑り止め加工あり・なし)		滑り止めハンドリム(右・左)	キャリパーブレーキ			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	呼吸器搭載台	痰吸引機搭載台	酸素ボンベ固定装置	栄養パック取付用ガードル架			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	点滴ポール	衝撃吸収キャスタ	タイヤノーパンク	リフレクタ	日よけ 雨よけ		
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	スポークカバー(右・左)	泥よけ	高さ調整用手押しハンドル	手動スイングアーム			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	パワーステアリング	クライマーセット	ノーバンクキャスタ	携帯用会話補助装置搭載台			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	電動チンコントロール	手動チンコントロール	簡易1入力	車載固定用部品 個			
		姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	()						
姿勢保持装置完成用部品									

上記のとおり意見する。
年 月 日

医療機関の所在地
名称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

電 動 車 椅 子 意 見 書 (心臓機能障害者用)

氏 名			生年月日	年 月 日 () 歳	
住 所			手帳等級	種 級	
障害名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)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	心臓機能の臨床所見	(年 月 日の状況) ア 動悸 (あり・なし) ケ 人工ペースメーカー (あり・なし) イ 息切れ (あり・なし) コ 人工弁の移植・置換 (あり・なし) ウ 心音異常 (あり・なし) サ 陳旧性心筋梗塞 (あり・なし) エ 呼吸困難 (あり・なし) シ 房室ブロック (あり・なし) オ 胸痛 (あり・なし) ス 心房細動 (粗動) (あり・なし) カ チアノーゼ (あり・なし) セ 期外収縮 (あり・なし) キ 浮腫 (あり・なし) ク 不整脈 (あり・なし)			
	その他の所見	具体的状況： 身体活動能力(運動強度 メッツ)			
	視力・視野	障がいなし	障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし	障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり
	肢体不自由	障がいなし	障がいあり	呼吸器機能	障がいなし 障がいあり
	(心臓機能障がい以外で電動車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)				
	身長(cm) 体重(kg) 握力右(kg) 左(kg)				
	現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名：) (電動車椅子がないと移動に困る具体的状況を記載して下さい。)			
	手動式 車椅子操作	使用していない 自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他：)			
	屋外使用時の交通規則の理解・遵守	可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難			
	使用目的及び場所	屋内での移動 屋外での移動 (通勤 ・ 通学 ・ 通院 ・ 通所 ・ 買物 ・ 散歩) その他 ()			
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。					
進行性疾患：		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	理 由	
支給決定手続：		<input type="checkbox"/> 迅速	<input type="checkbox"/> 一般		
電動車椅子の使用効果	なし・あり 効果内容：				

裏面へ続く

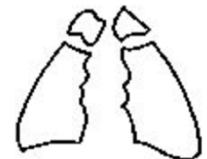
[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

電動車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

基本価格	標準形	低速用(4.5km/h以下)	中速用(6.0km/h以下)			
	簡易形	切替式	アシスト式			
	身体部位	標準(上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部)			頭頸部	
本体価格	モジュラー式	レディメイド式	オーダーメイド式			
	標準	組立や加工に仮合わせや仕上げを必要としないため	モジュラー式で対応できない理由			
機構加算	標準形	手動リクライニング機構	電動リクライニング機構	電動ティルト機構		
	簡易形	電動ティルト・リクライニング機構	電動リフト機構			
電動 車 算 要 素 の 付 属 品	操作レバー	感度調整ジョイスティック(標準)		標準ばねのばね圧変更		
	スイッチ	標準スイッチ	スイッチ延長	本		
	バッテリー	標準形シールドバッテリー(標準)		標準形リチウムイオンバッテリー		
		簡易形リチウムイオンバッテリー(標準)		簡易形ニッケル水素バッテリー		
	(座)シート	板張り式(標準・座板の追加は不可)		スリング式	張り調整式	奥行調整
	バックサポート	スリング式(標準)	張り調整式	背折れ	高さ調整	背座角度調整
		バックサポート延長(頭頸部まで)		ワイドフレーム		
	アームサポート	フレーム一体型(固定式(標準)・跳ね上げ式・着脱式)(右・左)				
		独立型(固定式・跳ね上げ式・着脱式)(右・左)				
		高さ調整(右・左) 幅広(右・左) 角度調整(右・左) 延長(右・左)				
フット・レッグサポート	固定式(標準)	挙上式(右・左)	着脱式(右・左)	レッグベルト全面張り		
	開閉着脱式(右・左)		挙上・開閉着脱式(右・左)			
フットサポート	セパレート式(標準)		セパレート式(二重折込式)(右・左)		金属製フットサポート	
	前後調整(右・左)		角度調整(右・左)	左右調整(右・左)		
駆動輪・主輪	固定式(標準)		着脱式			
ハンドリム	プラスチック(標準)	ステンレス(右・左)	アルミ(右・左)	ノブ付き(右・左)		
クッション(カバー付き)	平面形状型	平面形状型(多層構造又は立体構造・ゲル素材)		滑り止め加工		
	モールド型	モールド型(多層構造又は立体構造・ゲル素材)		防水加工		
座板	座板 クッション一体型(カバー付きクッションとの併用不可)					
ヘッドサポート(一体型は不可)	着脱式(レディメイド枕含む)		マルチタイプ(レディメイド枕含む)	枕(オーダーメイド)		
	着脱式(オーダーメイド枕含む)		マルチタイプ(オーダーメイド枕含む)	枕(レディメイド)		
フットサポート	ヒールループ(右・左)		アングルストラップ(右・左)	ステップカバー(右・左)		
テーブル	テーブル		カットアウトテーブル(表面クッション張りあり・なし)		テーブル取付部品	
杖たて	一本杖用		個	多脚つえ用	個	
多様入力コントローラ	非常停止スイッチボックス		4方向スイッチボード		8方向スイッチボード	
	小型ジョイスティックボックス		フォースセンサー		足用ボックス	
ジョイスティックノブ	小ノブ	球ノブ	こけしノブ			
	Uノブ	十字ノブ	ペンノブ	太長ノブ	T字ノブ 極小ノブ	
姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	頭頸部パッド	肩パッド(左・右)		胸パッド	胸受けロール 体幹パッド(左・右)	
	腰部パッド	内転防止パッド		外転防止パッド(左・右)	膝パッド(左・右)	
	下腿保持パッド(左・右)		足部保持パッド(左・右)()			
ベルト部品(姿勢保持装置付属品)	肩ベルト(左・右)		腕ベルト(左・右)	手首ベルト(左・右)	胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト	
	大腿ベルト(左・右)		膝ベルト(左・右)	下腿ベルト(左・右) 足首ベルト(左・右)		
その他	背クッション(滑り止め加工あり・なし) 滑り止めハンドリム(右・左) キャリパーブレーキ					
	呼吸器搭載台 痰吸引機搭載台 酸素ボンベ固定装置 栄養パック取付用ガードル架					
	点滴ポール 衝撃吸収キャスタ タイヤノーバンク リフレクタ 日よけ 雨よけ					
	スポークカバー(右・左) 泥よけ 高さ調整用押しハンドル 手動スイングアーム					
	パワーステアリング クライマーセット ノーバンクキャスタ 携帯用会話補助装置搭載台					
	電動チンコントロール 手動チンコントロール 簡易1入力 車載固定用部品 個					
	()					
姿勢保持装置 完成用部品						
特記事項						
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医(心臓機能障害) <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)						
※ 電動車椅子操作が安全かつ円滑に実施できるか確認するため、身体障害者更生相談所への来所が必要です。 ※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。						
[大分県身体障害者更生相談所]						

電 動 車 椅 子 意 見 書 (呼吸器機能障害者用)

氏 名			生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所				手帳等級	種 級	
障害名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)					
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)					
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	呼吸器機能の臨床所見	① 在宅酸素療法の有無 有 (常時 ・ 活動時のみ) ・ 無 ② 換気機能 (年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 一秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ③ 動脈血ガス (年 月 日) ア 酸素の有無 (有 ・ 無) イ O ₂ 分圧 Torr ウ CO ₂ 分圧 Torr エ pH _____ オ 採血より分析までに 時間を要した場合 時間 分 カ 耳朶血を用いた場合 []		④ 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)  ア 胸膜癒着 (無・軽度・中程度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中程度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中程度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中程度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中程度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中程度・高度) ⑤現在の活動能力の程度		
	その他の所見	視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり	
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり		
	肢体不自由	障がいなし 障がいあり	心臓機能	障がいなし 障がいあり		
	(呼吸器機能障がい以外で電動車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)					
	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg)					
	現在の移動方法	平地又は短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き可能 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名 :) (電動車椅子がないと移動に困る具体的状況を記載して下さい。)				
	手動式 車椅子操作	使用していない 自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他 :)				
	屋外使用時の交通規則の理解・遵守	可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難				
	使用目的及び場所	屋内での移動 屋外での移動 (通勤 ・ 通学 ・ 通院 ・ 通所 ・ 買物 ・ 散歩) その他 ()				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。						
進行性疾患 :		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理 由			
支給決定手続 :		<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
電動車椅子の使用効果	なし・あり 効果内容 :					

(裏面)

電動車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

基本価格	標準形	低速用(4.5km/h以下)	中速用(6.0km/h以下)
	簡易形	切替式	アシスト式
本体価格	モジュラー式	レディメイド式	オーダーメイド式
	標準	組立や加工に仮合わせや仕上げを必要としないため	モジュラー式で対応できない理由
機構加算	標準形	手動リクライニング機構 電動リクライニング機構	電動リクライニング機構 電動ティルト機構
	簡易形	リクライニング機構 電動ティルト・リクライニング機構	電動リフト機構 電動ティルト・リクライニング機構
構造部品加算	操作レバー	感度調整ジョイスティック(標準) 標準ばねのばね圧変更	
	スイッチ	標準スイッチ	スイッチ延長 本
	バッテリー	標準形シールドバッテリー(標準) 簡易形リチウムイオンバッテリー(標準)	標準形リチウムイオンバッテリー 簡易形ニッケル水素バッテリー
	(座)シート	板張り式(標準・座板の追加は不可)	スリング式 張り調整式 奥行調整
	バックサポート	スリング式(標準) 張り調整式	背折れ 高さ調整 背座角度調整
	アームサポート	固定式(標準) フレーム一体型跳ね上げ式(右・左)	高さ調整(右・左) 幅広(右・左)
	フット・レッグサポート	固定式(標準) 挙上式(右・左) 着脱式(右・左)	延長(右・左) レッグベルト全面張り
	フットサポート	セパレート式(標準) セパレート式(二重折込式)(右・左)	金属製フットサポート
	駆動輪・主輪	固定式(標準) 着脱式	前後調整(右・左) 角度調整(右・左) 左右調整(右・左)
	ハンドリム	プラスチック(標準) ステンレス(右・左) アルミ(右・左)	ノブ付き(右・左)
要素の付属品	クッション(カバー付き)	平面形状型 モールド型	平面形状型(多層構造又は立体構造・ゲル素材) 滑り止め加工 モールド型(多層構造又は立体構造・ゲル素材) 防水加工
	座板	座板 クッション一体型(カバー付きクッションとの併用不可)	
	ヘッドサポート(一体型は不可)	着脱式(レディメイド枕含む) 着脱式(オーダーメイド枕含む)	マルチタイプ(レディメイド枕含む) 枕(オーダーメイド) マルチタイプ(オーダーメイド枕含む) 枕(レディメイド)
	フットサポート	ヒールループ(右・左)	アングルストラップ(右・左) ステップカバー(右・左)
	テーブル	テーブル	カットアウトテーブル(表面クッション張りあり・なし) テーブル取付部品
	杖たて	一本杖用 個	多脚つえ用 個
	多様入力コントローラ	非常停止スイッチボックス 小型ジョイスティックボックス	4方向スイッチボード フォースセンサー 足用ボックス
	ジョイスティックノブ	小ノブ Uノブ	球ノブ 十字ノブ ペンノブ 太長ノブ T字ノブ 極小ノブ
	姿勢保持部品(姿勢保持装置付属品)	頭頸部パッド 腰部パッド 下腿保持パッド(左・右)	肩パッド(左・右) 内転防止パッド 足部保持パッド(左・右)
	ベルト部品(姿勢保持装置付属品)	肩ベルト(左・右) 腕ベルト(左・右) 大腿ベルト(左・右)	手首ベルト(左・右) 胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト 膝ベルト(左・右) 下腿ベルト(左・右) 足首ベルト(左・右)
その他	背クッション(滑り止め加工あり・なし) 滑り止めハンドリム(右・左) キャリパーブレーキ 呼吸器搭載台 痰吸引機搭載台 酸素ボンベ固定装置 栄養パック取付用ガードル架 点滴ポール 衝撃吸収キャスタ タイヤノーパンク リフレクタ 日よけ 雨よけ スポークカバー(右・左) 泥よけ 高さ調整用手押しハンドル 手動スイングアーム パワーステアリング クライマーセット ノーパンクキャスタ 携帯用会話補助装置搭載台 電動チンコントロール 手動チンコントロール 簡易1入力 車載固定用部品 個		
姿勢保持装置完成用部品			

特記事項

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医(呼吸器機能障害)

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 電動車椅子操作が安全かつ円滑に実施できるか確認するため、身体障害者更生相談所への来所が必要です。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

重度障害者用意思伝達装置意見書

氏名		生年月日	年	月	日()歳
住所		手帳等級	種 級		
障害名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。)				
現在までの経過及び治療内容	(傷病等の発生: 年 月)				
運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()				
上肢機能	右	障がい(なし・あり)	(具体的所見:関節の変形、筋力など)		
	左	障がい(なし・あり)			
体幹機能	障がい(なし・あり)				
下肢機能	右	障がい(なし・あり)			
	左	障がい(なし・あり)			
座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 座位不能				
歩行	短距離なら歩行可能 伝い歩きが可能 介助歩行も困難 不可能				
合併症等	音声・言語機能障がい	なし・あり (発語が不明瞭・発声困難・発声不能)			
	人工呼吸器の使用	なし・あり (鼻マスク式・気管切開あり・その他:)			
	視力・視野障がい	なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度			
	聴力障がい	なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度			
	知的・認知・高次脳機能等	なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度			
	具体的所見: (合併症及び高次脳機能障害等で操作や処方等に影響のある事項があれば記載して下さい。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記載して下さい。)				
現在の意思伝達の状況	可能 不十分 困難 不可能 具体的な方法及び状況:				
使用経験	なし・試用を行った・使用していた				
	機種:				
操作方法	使用する場所	ベッド・車椅子・その他()			
	スイッチ操作を行う身体部位:				
	具体的方法:				
難病患者等のうち、当該疾病が急速に進行するため、迅速な支給が必要な場合は下記にチェックし、その理由について記載してください。					
進行性疾患:	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	理			
支給決定手続:	<input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般	由			
使用効果見込み					

そ の 他 補 装 具 意 見 書 (購 入 及 び 借 受 け)

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名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。)		
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()	
	上肢機能	右	障がい (なし・あり)
		左	障がい (なし・あり)
	体幹機能	障がい (なし・あり)	
	下肢機能	右	障がい (なし・あり)
		左	障がい (なし・あり)
	座位保持	可 能 短時間可能 (可能な座位姿勢:) 不可 能	
椅子からの立ち上がり	可 能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可 能		
歩行	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名:)		
その他の所見	(内部障がいや合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)		
使用効果見込み			
補 装 具 の 種 目 及 び 名 称 等	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 四輪型 (腰掛付) <input type="checkbox"/> 四輪型 (腰掛なし) <input type="checkbox"/> 六輪型 <input type="checkbox"/> 三輪型 <input type="checkbox"/> 二輪型 <input type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 交互型 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 松葉づえ (木材・普通型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (木材・伸縮型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (軽合金・普通型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (軽合金・伸縮型) <input type="checkbox"/> カナディアン・クラッチ <input type="checkbox"/> ロフストランド・クラッチ <input type="checkbox"/> 多脚つえ <input type="checkbox"/> プラットホーム杖		
	【18歳未満の障害児に限り支給対象とするもの】 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 起立保持具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 頭部保持具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 排便補助具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> その他 ()		
処 方	<input type="checkbox"/> 購入	<input type="checkbox"/> 借受け (歩行器・座位保持椅子に限る) 理由: <input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要なため <input type="checkbox"/> 障がいの進行により、補装具の短期間での交換が想定されるため <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要なため <input type="checkbox"/> その他の理由 { } 借受け期間: か月 (最長1年が原則です)	
上記のとおり意見する。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">医療機関の所在地 名 称 医師氏名</div>			
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)			

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 購入が原則ですが、歩行器・座位保持椅子について、借受けの方が適当な場合は借受けを処方して下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

特 例 補 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名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。)		
基準に定める補装具や付属品では対応できない理由 注1)	障がい・疾病等の状況		
	日常生活面		
	社会生活面		
	その他の所見 (傷病歴・合併症などを記載して下さい。)		
使用目的及び具体的効果			
処 方	特例補装具名 (名称、型式、付属品名などを記載して下さい。)		
	特徴 (構造、機能及び効用等を具体的に記載して下さい。)		
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 名 称 医師氏名</p> <p>※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者</p> <p><input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)</p>			

※ 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して下さい。
 ※ 原則として、身体障害者更生相談所への来所が必要となります。