

補装具費支給要否意見書(座位保持装置)

氏名		男女	生年月日	明大昭平	年月日生	歳
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		
障 が い の 状 況	運動障がい	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 しんせん 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障がい	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】				
		座位保持	1 不可 2 背部支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
		立位保持	1 不可 2 支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
		立ち上がる	1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	歩行の状態					
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
	車いすの操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可				
※ 自走可の場合 → 操作方法{ 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }						
車いすへの移乗		1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助				
褥瘡の有無	1 あり 2 現在は無いが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし					
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 瘦せており、骨の突出あり					
使用効果見込						

裏面へ続く

処		方		内		容	
採型採寸区分 及び処方部位		採型	1 頭・頸部	2 上肢	3 体幹部	4 骨盤・大腿部	
		採寸	1 頭・頸部	2 上肢	3 体幹部	4 骨盤・大腿部	5 下腿・足部
支 持 部	頭 部	1 頭部支え					
	上 肢	1 上肢支え 2 前腕・手部支え					
	体 幹 部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型					
	骨盤大腿部	1 平面形状型 2 モールド型 3 シート張り調節型					
	下 腿 部	1 下腿支え					
	足 部	1 足台					
支の 持連 部結	固 定	1 頸部 2 腰部 3 膝部 4 足部					
	遊 動	1 腰部 2 膝部 3 足部					
	角度調整用部品	1 機械式 2 ガス圧式 3 電動式					
構 造 フ レ ーム	使用材料	1 木材 2 金属 3 車いす→(型式:) 4 完成用部品 ※ 構造フレームに車いす又は電動車いすを使用する場合は、別途様式第3号の6の別紙「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車いすフレーム処方用))」又は「補装具費支給要否意見書(座位保持装置(電動車いすフレーム処方用))」を添付すること。					
	付 加 機 能	1 チルト機構 3 昇降機構					
付 属 品	上肢保持部品	1 アームレスト 2 肘パッド 3 縦型グリップ 4 横型グリップ					
	体幹保持部品	1 肩パッド 2 胸パッド 3 胸受けロール 4 体幹パッド 5 腰部パッド					
	骨盤保持部品	1 骨盤パッド 2 臀部パッド					
	下肢保持部品	1 内転防止パッド 2 外転防止パッド 3 膝パッド 4 下腿保持パッド 5 足部保持パッド					
	ベルト部品	1 肩ベルト 2 腕ベルト 3 手首ベルト 4 胸ベルト 5 骨盤ベルト 6 股ベルト 7 大腿ベルト 8 膝ベルト 9 下腿ベルト 10 足首ベルト					
	支持部カバー	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部					
	内 張 り	1 アームレスト 2 テーブル					
	体圧分散補助素材	1 頭部 2 上肢 3 体幹部 4 骨盤・大腿部 5 下腿部 6 足部					
	そ の 他	1 カットアウトテーブル 2 キャスター 3 介助用グリップ 4 ストッパー 5 高さ調整用台座					
	調 整 機 構	高 さ 調 節	1 頭部支持部 2 体幹支持部 3 骨盤・大腿支持部 4 足部支持部 5 アームレスト				
前 後 調 節		1 頭部支持部 2 骨盤・大腿支持部 3 足部支持部					
角 度 調 節		1 頭部支持部 2 テーブル					
脱 着 機 構		1 体幹パッド 2 骨盤パッド 3 膝パッド 4 アームレスト 5 内転防止パッド					
開 閉 機 構		1 アームレスト 2 足部支持部					
完成用部品		【使用部品名】→					
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療科名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。

補装具費支給要否意見書(座位保持装置(車いすフレーム処方用))

氏名

処		方		内		容	
必要とする車いす仕様	型式	<input type="checkbox"/> 普通型					
		<input type="checkbox"/> 手動リフト式	※ リフト式の使用で車いすの乗降が自力で可能となる者				
		<input type="checkbox"/> 前方大車輪型	※ 肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者				
		<input type="checkbox"/> 片手駆動型	※ 片麻痺等で健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者				
		<input type="checkbox"/> レバー駆動型	※ 片麻痺等で上肢機能障がいがあり、両上肢による駆動が困難な者				
		<input type="checkbox"/> 手押し型	1 A (大車輪のあるもの) 2 B (小車輪だけのもの)				
仕様	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため					
	<input type="checkbox"/> ティルト式	脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等					
	<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がい者の身体状況に個別に対応することが必要なため					
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者					
フレーム		1 シングルブレース 2 ダブルブレース 【材質】→ 鉄 軽合金 ステンレス					
駆動輪		【径】 20 22 24 インチ 【タイヤ】 1 空気入り 2 ソリッド					
キャスター		【径】 5 6 7 インチ					
背もたれ		1 固定式 2 頭部支持付 3 チャック付 4 着脱式 5 折りたたみ式					
特別調整		※2 → ① 体幹(特に頸椎)の支持性が低下している者 ② リクライニング式等のため必要とする者 ※3 → 上腕伸筋筋等が弱いため、後方移乗を行う必要がある者 ※4・5 → 自動車への積み込みなどが便利になり日常生活の拡大が図られる者					
肘掛け		1 固定式 2 着脱式 3 デスク型					
特別調整		※2 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者					
足台		1 固定式 2 角度可変型 3 着脱式 4 外方折りたたみ式					
特別調整		※2 → ①膝関節の運動制限が著明で、固定式の使用が困難な者 ②リクライニング式のため必要とする者 ※3 → ①上肢の障がい等により、固定式では移乗が困難な者 ②机や台などに接近することで作業等が容易になる者 ③自動車への積み込みなどが便利になり、日常生活の拡大が図られる者 ※4 → 上記3の①②と同じ					
ブレーキ		1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ					
基準外付属品		※3 → ① 普通型車いすを使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車いすで、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車いすに取り付ける必要がある場合					
ハンドリム		1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム (右・左・両)					
特別調整		※2 → 上肢の筋力低下や手指の機能障がい等が著明で、標準のハンドリムの操作が難しい者					
基準外付属品		※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。					
<input type="checkbox"/> シートベルト		1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他 ()					
付	クッション	<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 軽・中度の知覚障がいがある者			
		<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの		<input type="checkbox"/> 皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする者			
付	クッション	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの		<input type="checkbox"/> 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者			
		<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの		<input type="checkbox"/> 感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待できない者			
属	クッション	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの					
		<input type="checkbox"/> フローテーションパッド	<input type="checkbox"/> 高度の知覚障がいがある者 <input type="checkbox"/> 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者 <input type="checkbox"/> 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者				
品	クッション	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者				
		<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 夜光装置				
品	クッション	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア一式等)				
		<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 転倒防止用装置				
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置				
		<input type="checkbox"/> 点滴ポール	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架				
		<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				<p>オーダーメイドの寸法</p> <p>※ティッピングレバー長 ()</p> <p>※車輪とハンドリムの距離 ()</p>			

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。

処		方		内		容		
必要とする電動車いす様	型	<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> 4.5km/H	<input type="checkbox"/> 6km/H				
	式	<input type="checkbox"/> 手動兼用型	<input type="checkbox"/> 切替式	【交付要件】 平坦路は手動自走が可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者 ○ アシスト式:アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者 ○ 切替式:アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者				
			<input type="checkbox"/> アシスト式					
	仕	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、随時に仰臥姿勢をとる必要があるため <input type="checkbox"/> 四肢・体幹機能障がいにより運動制限が著明で、座位を長時間保持できないため <input type="checkbox"/> 股関節拘縮や強直があるため					
		<input type="checkbox"/> 電動リクライニング式	【交付要件】 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車いすを使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者					
		<input type="checkbox"/> ティルト式	【交付要件】 脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等					
		<input type="checkbox"/> 電動ティルト式	【交付要件】 上記ティルト式の要件を満たし、この電動車いすを使うことにより、自力でのティルト操作が可能となる者					
<input type="checkbox"/> 電動リフト式		【交付要件】 手動リフト式車いすの使用が困難な者で、当該車いすの使用により自力乗降が可能となる者 ※ 自力乗降が不可能な者であっても、日常生活の状況や介護者の状況等を勘案し、真に必要とすると認められる場合は、支給対象とする。						
様	<input type="checkbox"/> オーダーメイド	<input type="checkbox"/> 体格・体型がJIS規格の既製品では適合しないため <input type="checkbox"/> 障がいの身体状況に個別に対応することが必要なため						
	<input type="checkbox"/> レディメイド	※ JIS規格の既製品で対応可能な者						
背もたれ	1 固定式 2 頭部支持付 3 チャック付 4 着脱式 5 折りたたみ式							
特別調整	※2 → ① 体幹(特に頸椎)の支持性が低下している者 ② リクライニング式等のため必要とする者 ※3 → 上腕伸展筋等が弱いため、後方移乗を行う必要がある者 ※4・5 → 自動車への積み込みなどが便利になり日常生活の拡大が図られる者							
肘掛け	1 固定式 2 着脱式 3 デスク型							
特別調整	※2 → 上肢の障がいなどにより、固定式の肘掛けでは移乗が困難な者							
足台	1 固定式 2 角度可変型 3 着脱式 4 外方折りたたみ式							
特別調整	※2 → ①膝関節の運動制限が著明で、固定式の使用が困難な者 ②リクライニング式のため必要とする者 ※3 → ①上肢の障がい等により、固定式では移乗が困難な者 ②机や台などに接近することで作業等が容易になる者 ③自動車への積み込みなどが便利になり、日常生活の拡大が図られる者 ※4 → 上記3の①②と同じ							
ブレーキ	1 レバー式 2 トグル式 3 キャリパーブレーキ 4 フットブレーキ							
付属品	※3 → ① 普通型車いすを使用する者の自走能力が低下したこと等により必要とする場合 ② 手押し型車いすで、介護者の負担軽減と安全性の確保を図るために必要とする場合 ※4 → 手押し型車いすに取り付ける必要がある場合							
ハンドリム	1 標準式 2 ノブ付 → <input type="checkbox"/> 水平 <input type="checkbox"/> 垂直 <input type="checkbox"/> 握り 3 滑り止めハンドリム(右・左・両)							
特別調整	※2 → 上肢の筋力低下や手指の機能障がい等が著明で、標準のハンドリムの操作が難しい者							
付属品	※3 → ハンドリムを握って自走することが困難になったため、こぎ易いように滑り止めが必要な者。							
付	<input type="checkbox"/> シートベルト	1 腰ベルト 2 胸ベルト 3 股ベルト 4 その他 ()						
	クッション	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 軽・中度の知覚障がいがある者					
<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造及び立体編物構造のもの		<input type="checkbox"/> 皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする者						
<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの	<input type="checkbox"/> 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者							
<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調節するもの	<input type="checkbox"/> 感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待できない者							
<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの								
属	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド	<input type="checkbox"/> 高度の知覚障がいがある者 <input type="checkbox"/> 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者 <input type="checkbox"/> 上肢や体幹の障がいのため自力での除圧が難しい者						
	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 上肢の筋力低下などにより、一般のテーブルでは食事をとることが難しい者 <input type="checkbox"/> 日常生活や職業上必要とする者						
品	<input type="checkbox"/> スポークカバー(右・左・両)	<input type="checkbox"/> 夜光装置						
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー	<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター(エア式等)						
	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 転倒防止用装置						
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置						
	<input type="checkbox"/> 点滴ポール	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架						
	<input type="checkbox"/> 泥よけ(右・左・両)	<input type="checkbox"/> クライマーセット						
	<input type="checkbox"/> フロントサブホイール							
		<p>オーダーメイドの寸法</p>			<p>駆動輪径(吋)</p> <p>キャスター径(吋)</p>			

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。