

静岡県補装具費支給に係る判定等事務取扱要領

1 目的

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（平成 17 年 法律第 123 号）（以下、「障害者総合支援法」という。）に基づく補装具費支給に係る判定等については、補装具費支給事務取扱指針（平成 30 年 3 月 23 日付け障発 0323 第 31 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「取扱指針」という。）によるほか本要領により行い、もって判定等事務の適正かつ迅速な実施を図ることを目的とする。

2 定義

(1) 判定

この要領において「判定」とは、身体障害者に係る補装具費支給に関する医学的判定をいう。

(2) 技術的助言

この要領において「技術的助言」とは、身体障害児に係る補装具費支給に関する補装具の構造、機能等に関する技術的助言をいう。

(3) 指定自立支援医療機関

この要領において「指定自立支援医療機関」とは、障害者総合支援法第 54 条第 2 項の規定に定める都道府県知事が指定する医療機関をいう。

(4) 医師

この要領において「医師」とは、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又は指定自立支援医療機関において指定自立支援医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）又は国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師をいう。

なお、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（以下「総合支援法施行令」という。）に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「難病患者等」という。）に係る補装具費支給意見書を作成することのできる医師については、以上の要件の医師に加え、難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県知事の定める医師を加える。

3 意見書の作成

補装具費支給申請を目的とした意見書の作成を求められた医師は、「補装具費支給に関する意見書」(様式2-1～2-9)の中から該当する補装具の種目の様式を使用して意見書を作成すること。

なお、特例補装具に関して意見書を作成する場合は、加えて「特例補装具に関する理由書」(様式11)を作成すること。

また、難病患者等に係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具費支給意見書(難病等)」(様式12)を作成すること。

おって、借受けに係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具借受けに係る意見書」(様式13)を作成すること。

- | | |
|------------------------|-----------|
| (1) 殻構造義手用 | (様式2-1-1) |
| (2) 殻構造義足用 | (様式2-1-2) |
| (3) 骨格構造義手用 | (様式2-2-1) |
| (4) 骨格構造義足用 | (様式2-2-2) |
| (5) 上肢装具・体幹装具用 | (様式2-3-1) |
| (6) 下肢・靴型装具用 | (様式2-3-2) |
| (7) 姿勢保持装置用 | (様式2-4) |
| (8) 補聴器用 | (様式2-5) |
| (9) 車椅子用 | (様式2-6) |
| (10) 標準形電動車椅子用 | (様式2-7) |
| (11) 簡易形電動車椅子用 | (様式2-8) |
| (12) 重度障害者用意思伝達装置用 | (様式2-9) |
| (13) その他用(様式2-1～2-9以外) | (様式2-10) |

4 判定の要否

身体障害者更生相談所(以下「更生相談所」という。)の長の判定を必要とする補装具の種目は、別表「補装具種目別判定区分一覧表」の区分による。ただし、市町の長が更生相談所の長による判定が必要と認める場合はこの限りでない。

なお、来所判定が必要な補装具について書類判定を希望し、かつ更生相談所の長が適当と認める場合は、5の規定で定める書類を提出することにより来所判定に替えることができる。

5 判定依頼

「補装具費支給申請書」を受理した市町の長は、申請者の身体的状況、経済的状況及び世帯の状況等を調査し、「判定(技術的助言)依頼書」(様式1)に次の書類を添付して補装具費支給の要否等について更生相談所の長の判定を求めること。

なお、更生相談所に処方を作成を希望する場合は、(2)～(4)の書類の添付を必要としない。

(1) 「身体障害者更生指導台帳」の写し（補装具交付履歴がわかるもの）

(2) 「補装具費支給に関する意見書」

(3) 「見積書」の写し

借受けによる判定を依頼する場合は、借受けを想定する部品等を明示すること。

(4) 「採寸表又は外形図」等

次のいずれかに該当する場合は、当該補装具の仕様・寸法等が明示されたものを添付すること。

ア 車椅子をオーダーメイドで製作する場合

イ 簡易形電動車椅子のベース車をオーダーメイドで製作する場合

ウ 姿勢保持装置を製作する場合

(5) 「補装具使用環境等調査書」（様式3-1～3-4）

次のいずれかに該当する場合は、申請者の補装具使用履歴及び生活環境等を事前に調査し、市町の意見を付したものを添付すること。

ア 車椅子又は電動車椅子の判定を依頼する場合（様式3-1）

イ 8の規定（補装具の個数）による判定を依頼する場合（様式3-1）

ウ 10(1)の規定（特例補装具）による判定を依頼する場合（様式3-1）

エ 補聴器の判定を依頼する場合（様式3-2）

オ 入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合（様式3-3）

カ 重度障害者用意思伝達装置の判定を依頼する場合（様式3-4）

(6) 「カタログ・仕様書」等

ア 重度障害者用意思伝達装置を判定依頼する場合は、当該装置の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

イ 姿勢保持装置・車載用姿勢保持装置を判定依頼する場合は、当該補装具の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

ウ 特例補装具（一部特例を含む。）を判定依頼する場合は、当該補装具の名称・形式・価格等を判別できるカタログ・仕様書等を添付すること。

エ その他、判定に必要である場合についても同様とすること。

(7) 「特例補装具に関する理由書」（様式11）

10(1)の規定（特例補装具）による判定を依頼する場合に添付すること。

(8) 「補装具費支給意見書（難病等）」（様式12）

11の規定（難病患者等の補装具費支給）による判定を依頼する場合に添付すること。

(9) 「補装具借受けに係る意見書」（様式13）

借受けによる判定を依頼する場合に添付すること。

(10) 「画像添付用紙」(様式 14)

修理、再交付申請の場合又は各部機能や部品・付属品等を追加申請する場合に添付すること。

6 判定

(1) 来所判定

ア 判定依頼を受けた更生相談所の長は、「補装具判定(適合判定)実施通知書」(様式 4)により判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」(様式例 1号、2号)を作成し申請者及び補装具製作者に通知すること。

イ 更生相談所の長は、申請者等の来所により、更生相談所医師による診察と判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」(様式 5)を作成し、市町の長に交付する。

ウ 更生相談所の長は、イの規定による「補装具判定書」(様式 5)を交付するに当たり、必要に応じて「補装具処方箋」(様式 6)を作成し、添付する。

(2) 書類判定

判定依頼を受けた更生相談所の長は、判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」(様式 5)を作成し市町の長に交付する。

ただし、更生相談所の長は、判定依頼の内容によって必要があると認める場合は、申請者等に更生相談所へ来所させて判定を実施した後、「補装具判定書」(様式 5)を交付する。この場合、更生相談所の長は(1)の規定に準じて通知する。

(3) 借受けに係る判定

更生相談所の長は、市町から借受けの申請に基づく判定依頼の有無に関わらず、判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を「補装具判定書」(様式 5号)に記載すること。

7 適合判定

(1) 来所判定分

ア 更生相談所の長は、6(1)イの規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」(様式 7)の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」(様式 8)を通知する。

イ 更生相談所の長は、6(1)ウの規定に基づいて製作された補装具の適合判定を実施する。

(ア) 更生相談所の長は、「補装具判定(適合判定)実施通知書」(様式 4)により

適合判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」（様式例 1 号、2 号）を作成し申請者及び補装具製作者に通知すること。

(イ) 更生相談所の長は、適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと認められた場合は、補装具製作者に対し不備な箇所を指摘し改善させる。なお、改善を経て最終的に当該補装具の適合が認められた場合は、「適合判定書」（様式 9）を作成し、市町の長に交付する。

(2) 書類判定分

更生相談所の長は、6 (2)の規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」（様式 7）の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」（様式 8）を通知する。

8 補装具の個数

補装具費の支給対象となる補装具は原則として 1 種目につき 1 個である。

ただし、職業上又は教育上の理由において、2 個目の支給（以下、2 個交付という。）が特に必要と思われる場合は、市町の長は、5 (5)の規定に定める「補装具使用環境等調査書」（様式 3）及びその他更生相談所の長が求める関係資料を添付し、判定を受けること。

2 個交付の職業上又は教育上の理由については、就業又は就学の事実のみでなく、職業上又は教育上特に必要な具体的な使用環境等の事情に基づくことを必要とすること。

9 身体障害児の補装具費支給

(1) 身体障害児の補装具費支給に関しては、取扱指針に基づき行うが、身体障害者に対する判定との整合性を図るため、更生相談所の判定を必要とする種目について、市町の長が必要と認める場合は、更生相談所の長に技術的助言を求めることとし、5 の規定に準じて技術的助言依頼をすることができる。

(2) 身体障害児から 2 個交付の支給申請があったときは、市町の長は 8 の規定に準じて技術的助言を求めなければならない。

(3) 技術的助言依頼を受けた更生相談所の長は、6 の規定に準じて判定を行い「技術的助言通知書」（様式 10）を作成し市町の長に通知する。

10 特例補装具

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、特例補装具の購入費用の支給申請があったときは、次のとおりとする。

(1) 判定（児の場合は技術的助言であり、以下「判定等」という。）依頼

市町の長は、5(5)の規定に定める「補装具使用環境等調査書」(様式3)、5(6)の規定に定める「カタログ・仕様書等」及び「特例補装具に関する理由書」(様式11)を添付して更生相談所の長に判定等を依頼すること。

(2) 判定等及び適合判定

6及び7に準じて行う。ただし、判定等については必要に応じ、静岡県特例補装具意見調整会議実施要領に基づく静岡県特例補装具意見調整会議に諮ることとする。

11 難病患者等の補装具費支給

原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとする。

市町において、難病患者等から補装具費の支給申請を受け付けるにあたり、「補装具費支給意見書(難病等)」(様式12)等により、総合支援法施行令に規定する特殊の疾患に該当するか否か、身体症状等の変動状況や日内変動等について確認すること。

附 則

- 1 この要領は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行に伴い、「補装具判定事務取扱要領」(平成10年9月18日付け障福第687号健康福祉部障害福祉課長通知。以下「現行要領」)及び「身体障害児基準外補装具判定事務取扱要領」(平成12年6月19日付け障身第63号健康福祉部障害者支援総室長通知。以下「基準外要領」)は廃止する。
- 3 この要領の施行前に、「現行要領」及び「基準外要領」の規定により行われた手続きは、この要領の相当規定により行われた手続きとみなす。
- 4 本文2(4)中の「かつ所属医学会において認定されている専門医(平成14年厚生労働省告示第159号で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師)」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附 則

- 1 この要領は、平成21年12月10日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の

様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、平成 25 年 6 月 13 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。
- 3 本文 2 (4) 中の「かつ所属医学会において認定されている専門医（平成 19 年厚生労働省告示第 108 号第 1 条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師）」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附 則

- 1 この要領は、平成 31 年 4 月 18 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、令和 6 年 12 月 24 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

様式 1

--

第 号
年 月 日

判 定 依 頼 書

静岡県身体障害者更生相談所長 様

市 町 長

下記の者に対する補装具の判定を依頼します。

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏 名			
	住 所			
身体障害者	手帳番号			
	交付日			
障害名				
申請の種類				
最近 6 年間の補装具購入・借受け・修理状況				
判定依頼 事 項				
備 考				

(お問合わせ先)

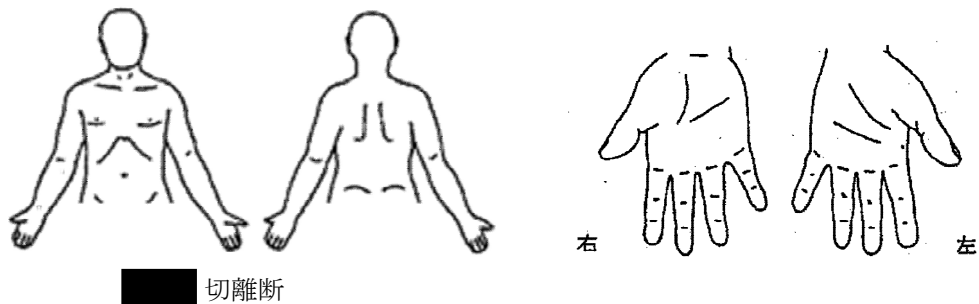
〇〇市町〇〇部〇〇課

住 所

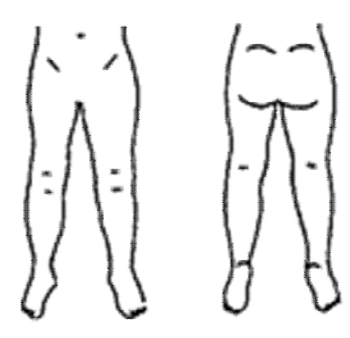

電話番号

メール

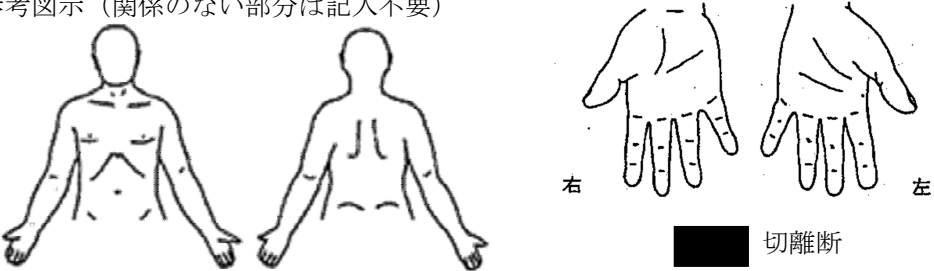
補装具費支給に関する意見書 (殻構造義手用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () 病名：()			
疾病・外傷 発生年月	年 月 日			
切断・離断 ・欠損部位	<p>【上肢】</p> 右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 参考図示 (関係のない部分は記入不要)  右 左			
切断施術	年 月 日			
現在の 障害部位 の状況	<p>【切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、FIM やBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】</p>			
使用中補装具 の状況	<p>使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】</p>			
処方補装具の 使用効果見込	<p>【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。</p>			

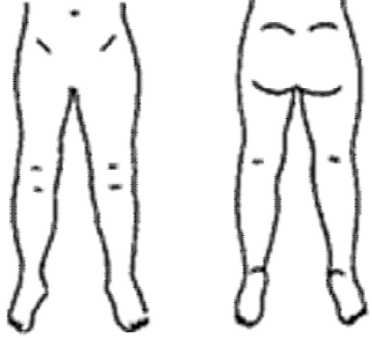
補装具費支給に関する意見書 (殻構造義足用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 【下 肢】 右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)   切断			
切断施術	年 月 ごろ			
現在の 障害部位 の 状 況	【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性 (屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離)、切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の 状 況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。			

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義手用)

氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
住 所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	<p>【上 肢】</p> 右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕) 左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕) 参考図示 (関係のない部分は記入不要) 			
治療経過	<p>【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】</p> 切断施術 年 月 ごろ			
現在の 障害部位 の 状 況	<p>【切断の場合は、断端の状態(断端長、傷の有無、成熟の程度等)、FIM やBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入くだ さい。】</p>			
使用中補装具 の 状 況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況(修理が必要な状 況等)を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	<p>【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】</p> ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。			

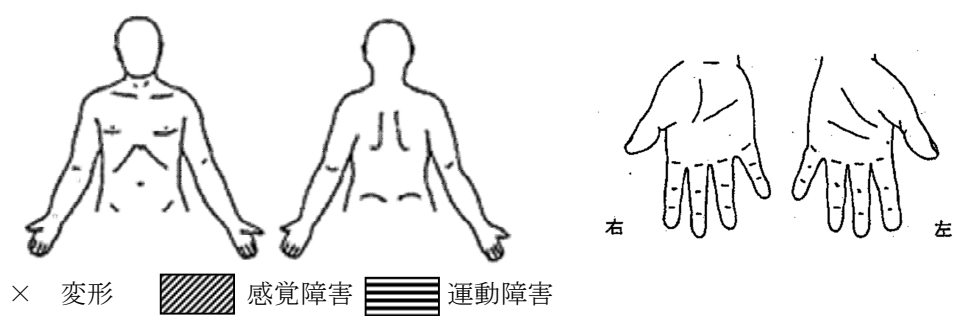


補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義足用)

氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
住 所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 【下 肢】 右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム) 左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム) <div style="text-align: center;">  <p>切離断</p> </div>			
治療経過	【 症状の経過及び診断・治療 (既手術等) 内容等について詳細に御記入ください。 】 切断施術 年 月 ごろ			
現 在 の 障 害 部 位 の 状 況	【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性 (屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離)、切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、F I MやB I 等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり ・ なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。			

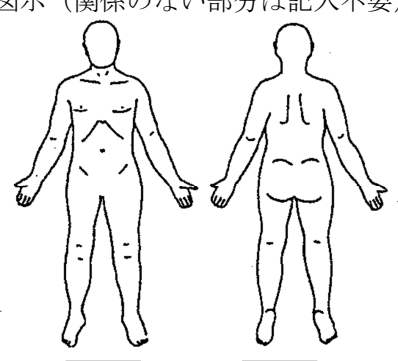


様式 2-2-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け			
処方補装具名 (採型区分 ・基本価格)	名称	型式	名称	型式
	<input type="checkbox"/> 股義足		<input type="checkbox"/> 下腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式
	<input type="checkbox"/> 大腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> ライナー式		<input type="checkbox"/> サイム義足
<input type="checkbox"/> 膝義足	<input type="checkbox"/> 吸着式			
加算	<input type="checkbox"/> 片側骨盤切断用	<input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト	<input type="checkbox"/> 坐骨収納型ソケット	<input type="checkbox"/> 大腿支柱付き
	<input type="checkbox"/> チェックソケット (<input type="checkbox"/> シリコーン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック)			<input type="checkbox"/> ダイレクトソケットシステム
ソケット	材料	<input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 皮革	<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂	<input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂
	加算	<input type="checkbox"/> エアクッションソケット		<input type="checkbox"/> カーボンストッキネット
ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂		<input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂	
	<input type="checkbox"/> 皮革・フェルト <input type="checkbox"/> シリコーン			
支持部	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 下腿義足用
	<input type="checkbox"/> 股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正			
義足懸垂用部品	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 懸垂帯一式		
	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> シレジアバンドー式 <input type="checkbox"/> 肩吊り帯 <input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯		
	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 義足用股吊带一式		
	<input type="checkbox"/> 下腿義足用	<input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯 <input type="checkbox"/> 大腿コルセット一式		
<input type="checkbox"/> サイム義足用	<input type="checkbox"/> PTB カフベルト一式			
断端袋	<input type="checkbox"/> 大腿用 <input type="checkbox"/> 下腿用			
外装	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用 <input type="checkbox"/> 膝義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用 <input type="checkbox"/> リアルソックス			
完成用部品	股継手	<input type="checkbox"/> カナダ式 <input type="checkbox"/> ロック式 完成用部品名 ()		
	膝継手	<input type="checkbox"/> 単軸膝 (1 遊動式 2 ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 (1 空圧 2 コンピュータ制御 3 スプリング) <input type="checkbox"/> 多軸膝 (1 遊動式 (空圧・油圧・コンピュータ制御・スプリング) 2 ロック式) 完成用部品名 ()		
	足継手	<input type="checkbox"/> 固定式 (SACH足用) <input type="checkbox"/> 遊動式 (1 単軸足用 2 多軸足用) 完成用部品名 ()		
	義足調整部品	<input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> コネクタ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> クランプアダプタ <input type="checkbox"/> ターンテーブル <input type="checkbox"/> トルクアップソーパー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置 完成用部品名 ()		
	足 部	<input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> サイム用足部 完成用部品名 ()		
	足部調整用部品	<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト 完成用部品名 ()		
	外装用部品	<input type="checkbox"/> 保護カバー <input type="checkbox"/> コネクションプレート 完成用部品名 () <input type="checkbox"/> フォームカバー (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> ストッキネット (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> リアルソックス		
その他	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (1 股・大腿用 2 下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウエッジ <input type="checkbox"/> バッテリーキット <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (ピンアタッチメント なし・あり) <input type="checkbox"/> その他の部品 (1 フットカバー 2 スペクトラソックス 3 その他) 完成用部品名 ()			
製作 (購入) 修理・借受けにあたっての留意点等	【上記完成用部品以外の指定や、足部・継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】			
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 ㊟ (自署の場合は押印不要) 電話番号 ()				
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】 難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師				

補装具費支給に関する意見書 (上肢装具・体幹装具用)

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
住所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 日			
治療経過	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】			
障害状況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺 <input type="checkbox"/> 筋・骨格系	部 位	(障害に関わる部位の) MMT、ROM	なし / 感覚鈍麻 感覚脱失 / 異常感覚 その他 () 評価不可能
現在の 身体状況	【上肢・手指の変形、FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 参考図示 (関係のない部分は記入不要)  <p>× 変形  感覚障害  運動障害</p>			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。			

補装具費支給に関する意見書 (下肢・靴型装具用)

氏名			男・女	生年 月日	年 月 日
住所					歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)				
疾病・外傷 発生年月	年 月ごろ				
治療経過	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】				
障害状況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価	
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺 <input type="checkbox"/> 筋・骨格系	部 位	(障害に関わる部位の) MMT、ROM	なし / 感覚鈍麻 感覚脱失 / 異常感覚 その他 () 評価不可能	
現在の 身体状況	【下肢の変形、脚長差、立位・歩行の状況、歩行の実用性(屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離)等、FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 参考図示(関係のない部分は記入不要)  × 変形  感覚障害  運動障害				
使用中補装具 の状況	使用中の補装具(あり・なし)【ありの場合はその具体的状況(修理が必要な状況等)を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】				
処方補装具の 使用効果見込	【処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。				

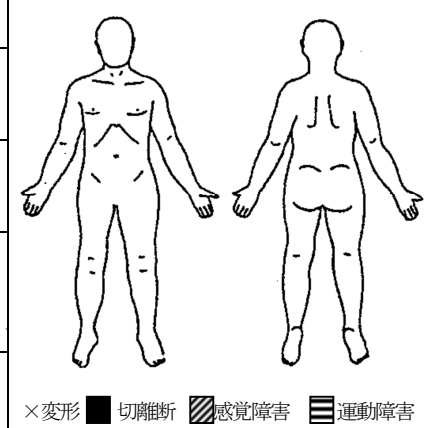
様式2-3-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け				
処方補 装具名 (採型区 分・基 本価格)	※別紙「補装具一覧(装具)」の該当する区分等を御記入ください。各項目欄左側数字等による記入も可				
	区分	名 称	定 義	採型区分	
				<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 採型区分 ()	
下肢装具	継手	股 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式	完成用部品名 ()	
		膝 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	完成用部品名 ()	
		足 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手	完成用部品名 ()	
	支持部	大腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 大腿コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> カーボン使用		
		下腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等(<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 下腿コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> PTB式、PTS式及びKBM式 <input type="checkbox"/> カーボン使用		
		足 部	<input type="checkbox"/> あぶみ 完成用部品名 () <input type="checkbox"/> 足部 [<input type="checkbox"/> 足部覆い <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> 足底装具(<input type="checkbox"/> MP 関節遠位 <input type="checkbox"/> MP 関節近位) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> カーボン使用 <input type="checkbox"/> ベルト追加 (本)		
加算要素 その他の	<input type="checkbox"/> 膝サポーター(<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター(<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> 軟性) <input type="checkbox"/> デニスブラウン型 <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ <input type="checkbox"/> スタビライザー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏革 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 内張り(<input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 足底装具) <input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト				
	発育性股関節形成不全用装具の加算要素 ()				
靴型装具	製作要素	左 (<input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足)		右 (<input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足)	
		<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分:)		<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分:)	
		<input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴		<input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴	
		<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴		<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴	
加算要素	<input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式 <input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式				
	<input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トウボックスの補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背ベルト <input type="checkbox"/> ベルト(裏付き)の追加 <input type="checkbox"/> 補高 c m (<input type="checkbox"/> 敷き皮式 <input type="checkbox"/> 靴の補高) 脚長差 c m <input type="checkbox"/> ヒールの補正 【 <input type="checkbox"/> トルクヒール <input type="checkbox"/> ヒールウェッジ <input type="checkbox"/> カットオフヒール <input type="checkbox"/> キールヒール <input type="checkbox"/> サッチヒール <input type="checkbox"/> トーマスヒール <input type="checkbox"/> 逆トーマスヒール <input type="checkbox"/> フレアヒール <input type="checkbox"/> 階段状ヒール】 足底の補正 【 <input type="checkbox"/> 内側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> 外側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> デンバーバー <input type="checkbox"/> トーマスバー <input type="checkbox"/> メイヨー半月バー <input type="checkbox"/> メタターサルバー <input type="checkbox"/> ハウザーバー <input type="checkbox"/> ロッカーバー <input type="checkbox"/> 蝶型踏み返し】				
製作、修理・借受けにあたっての留意点等	【上記完成用部品以外の指定や、継手等において高機能・高価な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 () (自署の場合は押印不要) 電話番号 () ※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師					

(別紙)

補装具一覧 (装具)			
区分	名称	定義	
1 下肢装具	(1) 股装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
		D ツイスター	
	(2) 長下肢装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
	(3) 膝装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 軟性	
	(4) 短下肢装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 後方支柱付	
		E 軟性	
	(5) 足装具	A 足底装具	
		B Denis-Browne (デニスブラウン) 型	
	2 靴型装具	A 長靴	
		B 半長靴	
C チャッカ靴			
D 短靴			
3 体幹装具	(1) 頸椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C カラー	
		D 斜頸矯正用枕 (児童に限る)	
	(2) 胸腰仙椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	(3) 腰仙椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	(4) 仙腸装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
		D 骨盤帯	
	(5) 側弯彎症装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	4 上肢装具	(1) 肩装具	A 硬性
			B フレーム
			C 軟性
(2) 肘装具		A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 軟性	
(3) 手関節装具		A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 掌側 (背側) 支柱付	
		E 軟性	
(4) 手装具		A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
(5) 指装具		A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
(6) B F O			

補装具費支給に関する意見書 (姿勢保持装置用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
住所				歳	
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他() (病名:)				
疾病・外傷発生年月	年 月 日				
身体 ・ 障 害 等 の 状 況	【身体寸法】	座位肘頭高			
	身長	座位下腿長			
	体重	座位臀幅			
	座位腋下高	座底長			
	心臓等その他機能障害				
	※ 関 節 の 可 動 性 筋 力 変 形 を 記 入	上肢機能	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 		
		下肢機能			
		体幹機能			
	運動障害 (右記図示)	<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()			
	感覚障害 (右記図示)	<input type="checkbox"/> 腰背部 (<input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 臀部 (<input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし)			
褥瘡の有無	<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				
臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり				
頭部保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持があると可 <input type="checkbox"/> 不可 (脱落方向/前後左右)				
座位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 背部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可 (脱落方向/前後左右) ※ 多動により座位保持不可の場合は対象外				
立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 介助があると可 <input type="checkbox"/> 不可				
起立位保持	<input type="checkbox"/> 正常に可能 <input type="checkbox"/> (1時間・30分・10分) 以上困難 <input type="checkbox"/> 不能				
移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助				
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 辛うじて自力にて可 <input type="checkbox"/> 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}				
使用中の 補装具の状況	【使用中の場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】				
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具使用によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。				

様式2-4 (裏面)

【製作区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け	
<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド 商品名 ()	
基本価格 (身体部位)	採型 <input type="checkbox"/> 頭・頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部
	採寸 <input type="checkbox"/> 頭・頸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿・足部
姿勢	頭部 <input type="checkbox"/> 頭部支え <input type="checkbox"/> フレックス構造
	上肢 <input type="checkbox"/> 上肢支え <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え <input type="checkbox"/> フレックス構造
	体幹部 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> フレックス構造
	骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> フレックス構造
	下腿部 <input type="checkbox"/> 下腿支え <input type="checkbox"/> フレックス構造
	足部 <input type="checkbox"/> 足台 <input type="checkbox"/> フレックス構造
の支持部	固定 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部
	遊動 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部
	角度調整用部品 <input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式
構造	使用材料 <input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 完成用部品名 ()
	付加機能 <input type="checkbox"/> 車椅子及び電動車椅子機能 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構
装置	カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 表面クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品
	上肢保持部品 <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 肘パッド <input type="checkbox"/> 縦型グリップ <input type="checkbox"/> 横型グリップ
処	体幹保持部品 <input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール <input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 腰部パッド
	骨盤保持部品 <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 臀部パッド
方	下肢保持部品 <input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 外転防止パッド <input type="checkbox"/> 膝パッド <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド <input type="checkbox"/> 足部保持パッド
	ベルト部品 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足首
内	支持部カバー <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 (<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型) <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 (<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型) <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 防水加工
	内張り <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> テーブル
容	体圧分散補助素材 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部
	その他 <input type="checkbox"/> キャスター (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能) <input type="checkbox"/> 介助用グリップ <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座
調節機構	高さ調節 <input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部 <input type="checkbox"/> アームサポート
	前後調節 <input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部
	角度調節 <input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル
	脱着機構 <input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 膝パッド <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 内転防止パッド
開閉機構 <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> 足部支持部	
製作、修理・借受けにあたっての留意点等	【完成用部品の型式等、高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】
上記のとおり意見します。 年 月 日	
医療機関名	
所在地	
作成医師氏名 ㊟ (自署の場合は押印不要)	
電話番号 ()	
※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)	
<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医	
<input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師	
<input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師	
<input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師	

補装具費支給に関する意見書 (補聴器用)

氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
住所					歳
障害名及び原因となった疾病・外傷名 (○をつける)	右 感音・伝音・混合 難聴 左 感音・伝音・混合 難聴 語音明瞭度不明瞭 その他 ()	疾病・傷病 発生年月	年 月 日	障害等級	級
現 症	オーディオグラム記載欄 (※貼り付け可)				
	4分法による聴力レベル (右 dB) (左 dB)		聴力測定日	年 月 日	
語音明瞭度検査 (右 %) (左 %)		検査日	年 月 日		
補聴器の装用効果	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 試用した (<input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果不明 ()) <input type="checkbox"/> 未定 (児のみ選択可) <input type="checkbox"/> 再申請 現在の状況 補聴器を <input type="checkbox"/> 使用中 (形式) <input type="checkbox"/> なし				

裏面に続く

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印 (自署の場合は押印不要)
審査年月日	年 月 日

補装具費支給に関する意見書 (車椅子用)

氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住所	歳		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () (在宅以外の名称:) (入居(予定)期間: ~)		
同居者の状況	なし・あり (父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他)		
原因となった疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)		
発 生 年 月	年 月 日		
【身体寸法】	座位肘頭高		
身長	座位下腿長		
体重	座位臀幅		
座位腋下高	座底長		
現在の身体・活動状況	感覚障害 (下記図示)	<input type="checkbox"/> 腰背部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 臀部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度)	
	運動障害 (下記図示)	<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 ()	
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし	
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり	
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え) にて可 <input type="checkbox"/> 不可	
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え) にて可 <input type="checkbox"/> 不可	
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 手すり・壁 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具) <input type="checkbox"/> 屋外移動可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具)	
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	ステップの操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可	
除圧動作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> プッシュアップ等により可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※自力・部分的に可の場合→操作方法 {右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}		
現在の障害状況 (筋力、関節可動域など)	【FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 参考図示 (関係のない部分は記入不要) × 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害		
使用中補装具の状況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】		
処方補装具の使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】		

様式 2-6 (裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理			
作成方法	<input type="checkbox"/> モジュラー式 (標準) (商品名) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式 (商品名)			
基本価格	身体部位	<input type="checkbox"/> 標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) <input type="checkbox"/> 頭頸部		
本体価格	名称	<input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用		
機構加算	名称	<input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構		
構造部品加算	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪 (標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> 幅止め構造 (本)		
	シート	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行調整構造		
	バックサポート	名称	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式	
		備考	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 背座角度調整構造 <input type="checkbox"/> 背折れ構造	
	フット・レッグサポート (片側)	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト (全面張り)		
	フットサポート	名称	<input type="checkbox"/> セパレート式 (標準) <input type="checkbox"/> セパレート式 (二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式	
		備考	<input type="checkbox"/> 前後調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> 左右調整構造	
	アームサポート (片側)	名称	<input type="checkbox"/> フレーム一体型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式	
		備考	<input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> アームサポート拡幅 <input type="checkbox"/> アームサポート延長	
	ブレーキ		<input type="checkbox"/> 駐車ブレーキ (標準) <input type="checkbox"/> 介助用ブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ (自走用車椅子で介助者用ブレーキが必要な理由:)	
	駆動輪・主輪	名称	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 着脱式	
		備考	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整構造 <input type="checkbox"/> キャンバー角度変更 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造	
	タイヤ		<input type="checkbox"/> エア (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク	
	キャスタ		<input type="checkbox"/> ソリッド (標準) <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ	
	ハンドリム	名称	<input type="checkbox"/> プラスチック (標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ	
備考		<input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 超 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造		
付属品	クッション (カバー付き)	名称	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型	
		備考	<input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工	
	座板		<input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> クッション一体型 (クッションとの併用加算不可)	
	背クッション		<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 滑り止め加工	
	ヘッドサポート		<input type="checkbox"/> 着脱式 (枕含む <input type="checkbox"/> オーダーメイド) <input type="checkbox"/> マルチタイプ (枕含む <input type="checkbox"/> オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (オーダーメイド) <input type="checkbox"/> 枕 (レディメイド)	
	フットサポート		<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー	
	テーブル		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品	
	転倒防止装置		<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ付き (<input type="checkbox"/> 折りたたみ構造)	
	<input type="checkbox"/> 搭載台 (<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台) <input type="checkbox"/> 車載固定部品 (個) <input type="checkbox"/> 杖たて (<input type="checkbox"/> 一本杖 <input type="checkbox"/> 多脚つえ) <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ (個) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ (延長レバー) <input type="checkbox"/> ハンドリム (<input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> ノブ付き (<input type="checkbox"/> 垂直ノブ))			
	【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】			
製作 (購入)、修理にあたっての選定理由、留意点				
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 (自署の場合は押印不要) 電話番号 () ※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】 難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師				

《参 考》

車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈自走用対象者〉

原則として自力走行が可能か若しくはその可能性のある者

〈片手駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

〈レバー駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

〈前方大車輪型対象者〉

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

〈リクライニング機構対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
- 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
- 3 股関節拘縮や強直がある者

〈ティルト機構対象者〉

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

〈リフト機構対象者〉

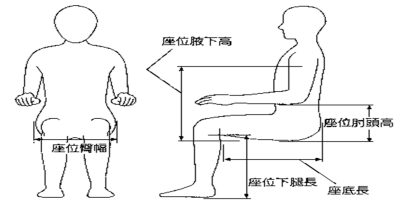
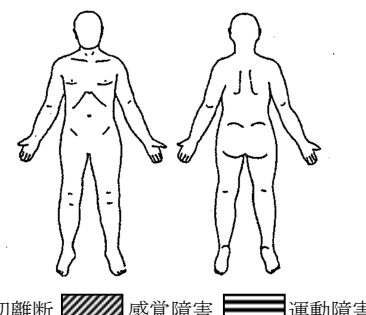
リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

〈クッションの構造及び対象者〉

車椅子付属品のクッションを、単に座り心地を良くする目的で支給するのは適当ではありません。車椅子を使用する際、下記の障害状況に該当する場合にクッションの支給対象となります。

- 1 平面形状型
 - (1) 平面を主体として構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの
 - (2) 座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
- 2 モールド型
 - (1) 身体の形状に合わせた三次曲面で構成された支持面を持ち、各種付属品を組み合わせて姿勢を保持する機能を有するもの
 - (2) 座位保持が困難で、殿部・大腿形状に沿った形状のクッションが必要な者
- 3 ゲル素材
 - (1) クッションの一部にゲル素材が使用されているもの
 - (2) 殿部の褥瘡の危険性がある者
- 4 多層構造（立体編物との併用加算はできない）
 - (1) 固さが異なる素材を3層以上重ねて作製されているもの
 - (2) 座位保持は可能だが、使用時間により殿部に褥瘡の危険性がある者
- 5 立体編物（多層構造との併用加算はできない）
 - (1) 樹脂等を糸状に射出し、3次元形状に成形したもの
 - (2) 褥瘡の危険性があり、汚損への対応を要する者

補装具費支給に関する意見書 (標準形電動車椅子用)

氏名			男・女	生年 月日	年 月 日
住所					歳
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () (在宅以外の名称:) (入居(予定)期間: ~)				
同居者の状況	なし・あり (父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他)				
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)				
発 生 年 月	年 月 日				
【身体寸法】	座位肘頭高				
身 長	座位下腿長				
体 重	座位臀幅				
座位腋下高	座 底 長				
現在の 身体・ 活動 状況	感覚障害 (下記図示)	<input type="checkbox"/> 腰背部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 臀部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度)			
	運動障害 (下記図示)	<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 ()			
	褥瘡の有無	<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			
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり			
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 手すり・壁 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具) <input type="checkbox"/> 屋外移動可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具)			
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助			
	ステップの操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可			
除圧動作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> プッシュアップ等により可 <input type="checkbox"/> 不可				
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※自力・部分的に可の場合→操作方法 {右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}				
現在の 障害状況 (筋力、関節可 動域など)	【FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、参考図示 (関係のない部分は記入不要) それらの情報も御記入ください。】 				
使 用 中 補 装 具 の 状 況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】				
処方補装具の 使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】				

様式 2-7 (裏面)

製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理		
基本価格	身体部位	<input type="checkbox"/> 標準 (上肢・体幹部・骨盤大腿部・下肢・足部) <input type="checkbox"/> 頭頸部	
本体価格	名称・区分	<input type="checkbox"/> 低速用 4.5 km/以下 <input type="checkbox"/> 中速用 6 km/以下 <input type="checkbox"/> モジュラー式(商品名) <input type="checkbox"/> オーダーメイド式 <input type="checkbox"/> レディメイド式(商品名)	
機構加算	<input type="checkbox"/> 手動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト機構 <input type="checkbox"/> 電動ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> 電動リフト機構		
構造部品加算	操作ボックス	<input type="checkbox"/> 操作ボックス (標準)	
	操作レバー	<input type="checkbox"/> 感度調整ジョイスティック (標準) <input type="checkbox"/> ばね圧変更	
	スイッチ	<input type="checkbox"/> 標準スイッチ (標準) <input type="checkbox"/> スイッチ延長	
	バッテリー	標準形 <input type="checkbox"/> シールドバッテリー (標準) <input type="checkbox"/> リチウムイオンバッテリー	
	基本構造	<input type="checkbox"/> 後方大車輪 (標準)	
	シート	<input type="checkbox"/> 板張り式 (標準) <input type="checkbox"/> スリング式 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 奥行調整構造	
	バックサポート	名称	<input type="checkbox"/> スリング式 (標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式
		備考	<input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 背座角度調整構造 <input type="checkbox"/> 背折れ構造
	フット・レッグサポート (片側)	<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> レッグベルト (全面張り)	
	フットサポート	名称	<input type="checkbox"/> セパレート式 (標準) <input type="checkbox"/> セパレート式 (二重折込式)
		備考	<input type="checkbox"/> 前後調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> 左右調整構造 <input type="checkbox"/> 金属製フットサポート
	アームサポート (片側)	名称	<input type="checkbox"/> フレーム一体型 (<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式) <input type="checkbox"/> 独立型 (<input type="checkbox"/> 固定式 (標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 着脱式)
		備考	<input type="checkbox"/> 高さ調整構造 <input type="checkbox"/> 角度調整構造 <input type="checkbox"/> アームサポート幅広 <input type="checkbox"/> アームサポート延長
	ブレーキ	<input type="checkbox"/> 電動又は電磁ブレーキ (標準)	
タイヤ	<input type="checkbox"/> エア (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク		
キャスタ	<input type="checkbox"/> エア (標準) <input type="checkbox"/> ノーパンク		
付属品	<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> チンコントロール一式 (<input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 手動) <input type="checkbox"/> 簡易 1 入力 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ { <input type="checkbox"/> 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> 4 方向スイッチボード <input type="checkbox"/> 8 方向スイッチボード <input type="checkbox"/> 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> フォースセンサ <input type="checkbox"/> 足用ボックス } <input type="checkbox"/> ジョイスティックレバーノブ各種形状 (小ノブ、球ノブ、こけしノブ) <input type="checkbox"/> ジョイスティックレバーノブ各種形状 (U ノブ、十字ノブ、ペンノブ、太長ノブ、T 字ノブ、極小ノブ) <input type="checkbox"/> フットサポート (<input type="checkbox"/> ヒールループ <input type="checkbox"/> アングルストラップ <input type="checkbox"/> ステップカバー) <input type="checkbox"/> クッション・カバー付き (<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層重構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工) <input type="checkbox"/> 背クッション (<input type="checkbox"/> 滑り止め加工) <input type="checkbox"/> ヘッドサポート (<input type="checkbox"/> 着脱式 (枕含む) <input type="checkbox"/> マルチタイプ (枕含む) <input type="checkbox"/> 枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)		
製作 (購入)、修理にあたっての選定理由、留意点	【型式・各機構、サポート部、クッション及び付属品等の選定理由、他部品と比較した状況等の詳細を御記入ください。】		
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 () (自署の場合は押印不要) 電話番号 () ※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】 難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師			

《参 考》 標準形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈電動リクライニング機構対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
- 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要がある者
- 3 股関節拘縮や強直がある者
上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者

〈電動ティルト機構対象者〉

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

上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での自立姿勢交換が可能となる者

〈電動リフト機構対象者〉

手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者

※ 自力乗降が可能な者であっても、日常生活や介護者の状況等を勘案し、真に必要と認められる場合は、交付対象となる場合がある。

補装具費支給に関する意見書 (簡易形電動車椅子用)

氏名			男・女	生年 月日	年 月 日
住所					歳
現在の居所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 () (在宅以外の名称:) (入居(予定)期間: ~)				
同居者の状況	なし・あり (父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他)				
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)				
発 生 年 月	年 月 日				
【身体寸法】	座位肘頭高				
身 長	座位下腿長				
体 重	座位臀幅				
座位腋下高	座 底 長				
現在の 身体・ 活動 状況	感覚障害 (下記図示)	<input type="checkbox"/> 腰背部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度) <input type="checkbox"/> 臀部 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度)			
	運動障害 (下記図示)	<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 ()			
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし			
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり			
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 手すり・壁 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具) <input type="checkbox"/> 屋外移動可 (<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 義肢・装具)			
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助			
	ステップの操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可			
除圧動作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> プッシュアップ等により可 <input type="checkbox"/> 不可				
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※自力・部分的に可の場合→操作方法 {右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}				
現在の 障害状況 (筋力、関節可 動域など)	【FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、参考図示 (関係のない部分は記入不要) それらの情報も御記入ください。】 				
使 用 中 補 装 具 の 状 況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】				
処方補装具の 使用効果見込	【処方補装具を使用することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】				

《参 考》 簡易形電動車椅子処方にあたっての留意事項

〈オーダーメイド（簡易型）対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

〈簡易型対象者〉

- 1 A切替式
 - (1) 平坦路は自走可能であるが、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
 - (2) アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
- 2 B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

補装具費支給に関する意見書 (重度障害者用意思伝達装置用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所				歳
手帳障害名	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 音声・言語 <input type="checkbox"/> その他 ()		手帳障害等級	級
原因となった疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷発生年月	年 月 日			
現在の上下肢機能等の状況	【 FIMやBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。 】			
音声・言語機能の状況	<input type="checkbox"/> 発声不能 <input type="checkbox"/> 聴き取れない <input type="checkbox"/> なんとか聴き取れる <input type="checkbox"/> 聴取可能			
人工呼吸器の装着	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
知的操作能力	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 今後の習熟により可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
操作上利用可能な身体能力	<input type="checkbox"/> 顔	部位		動作
	<input type="checkbox"/> 首、頭	部位		動作
	<input type="checkbox"/> 上肢	部位		動作
	<input type="checkbox"/> 下肢	部位		動作
	<input type="checkbox"/> その他	部位		動作
処方補装具	製作区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け *再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。		
	形式	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式 商品名 ()		
	必要とする装置	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> 固定台 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> プリンタ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	入力装置(スイッチ)の種類	<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 (<input type="checkbox"/> タッチ式入力装置 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部) <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式 (吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置 <input type="checkbox"/> その他 ()		

様式 2 - 9 (裏面)

補装具製作にあたっての留意点	
使用効果見込	※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。
<p>上記のとおり意見します。 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 作成医師氏名 (印) (自署の場合は押印不要) 電話番号 ()</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第 6 条第 1 項に基づき都道府県が定める医師</p>	

※太枠欄は記入しないでください。

身体障害者更生相談所審査欄	
審査結果	1 適当 2 不適當 3 要確認
	【審査結果が 2～3 の場合は、その理由・内容等】
審査医師	印 (自署の場合は押印不要)
審査年月日	年 月 日

様式2-10 (裏面)

<p>補装具製作にあたっての留意点</p>	<p>【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定、他部品と比較した状況等について御記入ください。】</p>
<p>使用効果見込</p>	<p>【処方補装具を装着・使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。】 ※予防、治療、訓練目的等では対象になりません。 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。</p>
<p>上記のとおり意見します。 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 作成医師氏名 (印) (自署の場合は押印不要) 電話番号 ()</p> <p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師</p>	

※太枠欄は記入しないでください。

<p>身体障害者更生相談所審査欄</p>	
<p>審査結果</p>	<p>1 適当 2 不適當 3 要確認</p>
	<p>【審査結果が2～3の場合は、その理由・内容等】の理由・内容等</p>
<p>審査医師</p>	<p>印 (自署の場合は押印不要)</p>
<p>審査年月日</p>	<p>年 月 日</p>

補装具使用環境等調査書

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

注：該当項目を○で囲み、理由等記入欄へ記入すること。

氏 名	男・女	年 月 日生	歳	
現在使用中の補装具	1 無			
	2 有 (種目：) (年～) (使用場所：)			
	(種目：) (年～) (使用場所：)			
	(種目：) (年～) (使用場所：)			
現用補装具の状況	1 身体に合わない ・成長による・体型の変化・			
	・身体状況の変化 (具体的に)			
屋内屋外使用	1 屋内のみ 2 屋外のみ 3 屋内・屋外とも			
使用場所及び頻度	1 家の中での移動		2 外出 (家の周り程度)	
	3 職場・学校 週 回 (仕事内容：)	4 通勤・通学 週 回		
	5 通所施設 週 回	6 入所施設 週 回		
	7 通院 月・週 回	8 買い物 月・週 回		
	9 社会参加 (内容：) 月・週 回			
	10 その他 (具体的に)			
1 日の使用時間		(時 ～ 時) 又は (時間/日)		
使用環境 (※移動系補装具のみ御記入ください。)	屋 内	住宅の形態	1 戸建 (階建) 2 集合住宅 (階) 3 施設等	
		住宅の改造	1 改造有 2 改造予定 (年 月) 3 改造していない 4 バリアフリー	
		使用可能場所	1 自室 2 居間 3 寝室 4 廊下 5 洗面所 6 トイレ 7 浴室 8 その他施設内部	
屋 外	日常生活圏	本補装具を利用することで可能な行動半径 約 km		
	居住環境	1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯		
	地形	1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい		
	道路の状況	交通量	1 多い 2 普通 3 少ない	
		路面	1 舗装 (全域) 2 一部舗装 3 未舗装 4 悪路	
		歩・車道の区分	1 あり (全域) 2 一部あり 3 なし (全域)	
		段差	1 あり 2 なし	
		溝	1 あり 2 なし	
		坂道	坂道の角度 (かなり急 ・ 緩やか) 長さ (m) 坂道の場所 () 通行回数 (週 回)	
交通信号		1 あり 2 なし		
危険箇所	1 踏切 2 用水路・川 3 池 4 側溝 (蓋なし)			
保管場所		1 玄関 2 室内 3 物置 4 その他		

2 個 交 付 が 必 要 な 場 合	使用目的	1 学校用 2 施設(作業所)用 (利用施設名：) (利用日数： 日 / 週・月) 3 職場用 (仕事の内容：) (就労日数： 時間 / 日・ 日 / 週・月)
	通学・通所・ 通勤方法	1 自宅から車椅子で通学(通所) 2 自家用車による送迎 3 通学バス利用・施設(作業所)等の送迎利用(補装具の搭載 可・不可) 4 公共交通機関(バス・電車) 5 その他()
	常用の補装具が学校、職場、施設等で使用できない理由 []	
学 校 用 の 姿 勢 保 持 装 置	学校への確認	当該姿勢保持装置を使用する学校に対し、通学で使用している車椅子又は電動車椅子での移動や授業に支障があるか確認する。 学校側の見解： []
	主たる介護者	配偶者・父・母・子・兄弟・姉妹・ヘルパー・施設職員 その他()・介護不要
	介護の内容	・食事(自立・一部介助・全介助) ・排泄(自立・一部介助・全介助) ・入浴(自立・一部介助・全介助) ・衣服の脱着(自立・一部介助・全介助) ・その他()
	市町の意見	

補装具使用環境等調査書（施設等入所者車椅子用）

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

申請者氏名		男・女	年 月 日生	歳
介護保険等他法適用	1 可 2 不可 その理由 ()			
退所等の見込み及び退所後の生活場所	退所見込	1 あり 時期 (年 月 頃)		
		2 なし		
	退所後の生活場所	1 自宅 2 施設 3 その他 ()		
現在使用中の車椅子	1 施設（病院）所有 2 自己所有 3 その他 () 4 なし			
車椅子の使用場所及び使用時間*	屋内での使用状況と使用時間		屋外での使用状況と使用時間	
補装具申請の経緯と理由	(施設備品で対応が困難な理由等についても御記入ください)			
市町の意見				

*施設内での生活スケジュール（一日、一週間、一月）が分かるものがあれば、添付可。

補装具使用環境等調査書 (重度障害者用意思伝達装置用)

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

申請者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 () 歳
障害名及び原因となった疾病・外傷名 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) (※病名告知の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 脳性麻痺(CP) <input type="checkbox"/> 高位頸髄損傷 <input type="checkbox"/> その他 () ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない) 身障手帳：肢体不自由 () 級、音声・言語機能障害 () 級 【等級 () 級】			
支援者状況	家族構成 () 人、内：配偶者 <input type="checkbox"/> 子 () 人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 () 人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他 () 介助者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (主な介助者) 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる () 保健師による定期的なサポート体制の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当者所属： 氏名：)		
誰に勧められたか	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主治医	病院名： 診療科： 医師名：		
身体状況	知的障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 <input type="checkbox"/> 有(程度)・ <input type="checkbox"/> 無) 聴覚障害(聴力低下)の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 <input type="checkbox"/> 有()級)・ <input type="checkbox"/> 無) 音声・言語機能 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族等特定の人となら会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 視力、視野障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 <input type="checkbox"/> 有()級)・ <input type="checkbox"/> 無) 経管栄養 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工呼吸器(MV)の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(具体的に)		
現在のコミュニケーション方法について	【文字盤の使用】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 使用している場合の使用法 <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 目線を合わせる <input type="checkbox"/> 棒をくわえて指す <input type="checkbox"/> 瞬きをする <input type="checkbox"/> 舌を鳴らす <input type="checkbox"/> その他 () 使用していない場合は何故か <input type="checkbox"/> 知らなかった <input type="checkbox"/> 以前は使用していた <input type="checkbox"/> その他 () 以前使用していた場合：なぜ使用できなく(使用しなく)なったのか理由 ()		
	【呼び鈴の使用】 <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用が困難になりつつある 使用中の場合：メーカー・機種 () スイッチの種類 () 使用が困難になりつつある場合： 今までどのようにスイッチを押していたか (具体的に) どのように押せなくなったか (具体的に) 使用場面 <input type="checkbox"/> 誰か(家族)を呼ぶとき <input type="checkbox"/> トイレの時 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	こちらの問いかけに対し、意思表示があるか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合どのように理解するか <input type="checkbox"/> 表情(どこを動かすか：) <input type="checkbox"/> 合図(どこを動かすか：) 他に動かすことができる身体部位 ()		

様式 3-4 (裏面)

使用目的	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか () 伝達内容として多いのはどんな内容か (具体的に) 現在特に困っていることは何か ()
使用場所	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 床・ <input type="checkbox"/> 膝・ <input type="checkbox"/> 椅子(座 席)) <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 施設 (種別)
希望機種及び選定理由	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機種名) (選定理由)
他機種の使用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機種名) (問題点など)
意思伝達装置の試用状況及び評価情報	<input type="checkbox"/> 試用していない <input type="checkbox"/> 試用してみた (期間 年 月 日から 年 月 日まで) 本人の意思伝達装置の使用希望 <input type="checkbox"/> 大いにある <input type="checkbox"/> 試用したら使えそうなので使いたい <input type="checkbox"/> 興味があるが機械は苦手 <input type="checkbox"/> どちらかというど消極的 (家族が希望) <input type="checkbox"/> その他 () 機械の操作に関する理解力 <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 問題あり () 使用時の姿勢 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング座位 <input type="checkbox"/> 臥位 (<input type="checkbox"/> 仰臥位・ <input type="checkbox"/> 側臥位) 試用スイッチ：種類 ()、設定方法 ()、操作部位 () 試用スイッチの入力操作 <input type="checkbox"/> スムーズ <input type="checkbox"/> 要練習 <input type="checkbox"/> 要再選定
使用効果見込	意思伝達装置の実用性 <input type="checkbox"/> 大いにある <input type="checkbox"/> 操作に慣れればある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> その他 ()
備 考 (補装具支給後に残る課題などについて、参考となる事項を自由に記載してください。)	

調査協力者 (リハビリテーションの専門職等による評価がある場合)	病院名又は施設名 氏名 <input type="checkbox"/> P T (理学療法士) <input type="checkbox"/> O T (作業療法士) <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------------------	---

福祉事務所長 様
市 町 長

静岡県身体障害者更生相談所長

補装具判定（適合判定）実施通知書

先に依頼のあった補装具判定について、下記のとおり判定（適合判定）日時等を決定したので、申請者及び申請者が製作を希望する補装具製作者あて通知するとともに、貴職担当者の出席を御配慮願います。

なお、当日申請者等が来所できない場合は、必ず当所まで御連絡ください。

記

申請者氏名	身体障害者手帳番号	補装具名	補装具製作者	判定日時	判定場所

- ※判定当日持参するもの
- ・身体障害者手帳
 - ・再支給（再製作・修理・借受け）の場合は現在使用中の補装具
 - ・適合判定の場合は製作した補装具

担 当
電話番号

福祉事務所長 様
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

補 装 具 判 定 書

年 月 日付け 第 号により依頼のあったこのことについては、下記のとおり判定します。

記

住 所		氏名	
障 害 名		等級	
医 学 的 判 定	現 症		
	意 見		
補 装 具 の 名 称 又 は 修 理 部 位			
補 装 具 の 処 方 及 び 工 作 的 所 見			
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日 ~ 年 月 日	
概 算 額		円	一月あたりの基準額 (借受けの場合) 円
補 装 具 使 用 に よ る 効 果 見 込			
総 合 判 定			

補装具処方箋

氏 名		男・女	年 月 日生	歳
住 所				
手 帳 障害名		手帳障害等級	級	
医 学 的 診 断	機能障害名：			
	原 傷 病 名：			
	障 害 原 因：先天性・後天性(外傷・労災・交通・疾病・その他)			
	現 症：(全身所見、合併症、筋力テスト、ROM、ADL等)			
処 方 内 容 (新規・再製作・修理・借受け)				
医学的 診断	総合評価： 年 月 日 判定医：静岡県身体障害者更生相談所			

様式7

年 月 日

静岡県身体障害者更生相談所

判定医師 医療機関名

氏名

印

適合判定意見書

補装具判定結果に基づき作製した補装具の適合判定について、下記のとおり意見します。

記

住 所		氏 名	
適合判定実施日	年 月 日		
補装具の 名称又は 修理部位			
使用者の 身体等との 適合状況	1 適合状況は良好である。 2 下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。		
指摘事項			
総合意見			

※ 判定医師は、当該補装具の「補装具費支給に関する意見書」を作成した医師であること。

※ 適合判定は、当該補装具が完成した後に実施すること。

※ 使用する部品に変更が生じる場合は、改めて更生相談所の判定を要する。

様式9

第 号
年 月 日

福祉事務所長 様
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

適 合 判 定 書

年 月 日付け 第 号の判定に係る補装具の適合判定については、
下記のとおりです。

記

住 所		氏 名	
適合判定実施日	年 月 日		
補装具の 名称又は 修理部位			
処方内容 との変更点	変更箇所	変更した理由	
使用者の 身体等との 適合状況	1 適合状況は良好である。 2 下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。		
指摘事項			
総合判定			

様式10

第 号
年 月 日

福祉事務所長 様
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

技術的助言通知書

年 月 日付け 第 号で依頼のあった技術的助言については、下記のとおりです。

記

児 童 の 氏 名		年 齢	
児 童 の 住 所			
補装具費支給に関する意見書記載の補装具名及び型式			
借 受 け 期 間 (借受けの場合)	年	月	日 ~ 年 月 日
技 術 的 助 言			

特例補装具に関する理由書

診 査 日	年 月 日		
氏 名		住 所	
補 装 具 の 名 称		補 装 具 の 型 式	
障 害 者 (児) の 状 況	(1) 身体 の 状 況		
	(2) 日 常 生 活 (家 庭 生 活 ・ 社 会 生 活) の 状 況		
特 例 補 装 具 が 必 要 な 理 由	(1) 特 例 補 装 具 の 特 徴		
	(2) 特 例 補 装 具 に よ る 効 用 ・ 基 準 内 の 補 装 具 に よ る 支 障		
総 合 意 見			
<p>上記のとおり、真にやむを得ない理由により特例補装具費支給が必要である。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称 所在地 氏 名</p> <p>静岡県身体障害者更生相談所長 様</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>			

補装具費支給意見書（難病等）

※この意見書は、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師でなければ記載することができません。

診査日	年 月 日		
氏 名		生年 月 日	年 月 日
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当すること			
障害・疾患等の状況 （注：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、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な理由についても記載してください。）			進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	使用効果見込み （補装具を必要と認める理由・効果が明確となるよう記載してください。）		
上記のとおり補装具費支給が必要である。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名 電話番号 ()			
※ 以下に該当する。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師			

④ （自署の場合は押印不要）

補装具借受けに係る意見書

氏名	男・女	生年 月日	年 月 日	歳
住所				

判定を依頼する補装具 [で囲む] (網掛けは完成用部品のみ対象)

義肢	装具	姿勢保持装置	重度障害者用 意思伝達装置	歩行器	座位保持椅子
----	----	--------	------------------	-----	--------

借受けが必要と認める理由

<input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる。 <input type="checkbox"/> 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される。 <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる。
--

借受けによる 使用効果見込	
------------------	--

借受けが必要と 認める期間	年 月 日～ 年 月 日
------------------	--------------

上記のとおり意見します。 年 月 日	
医療機関名	
所在地	
作成医師氏名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)
電話番号	()
<p>※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ記載することができません。)</p> <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師	

画 像 添 付 用 紙

住 所		撮 影 日	
氏 名		補 装 具 名	
生年月日	年 月 日		

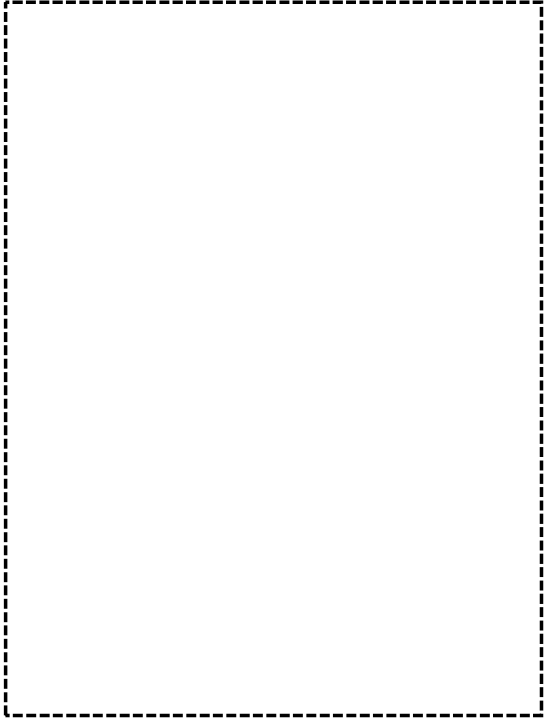
【注意事項】

- (1) ア. **修理・再交付申請の場合**：破損や劣化・不具合等の状況が確認できる画像を撮影してください。
- イ. **各部機能や部品・付属品等を追加する場合**：現在の不具合の状況、追加機能の構造、部品等の詳細が確認できる画像を撮影してください。
- (2) 撮影方法（補装具全体、各部品の詳細、補装具装着時又は使用時、方向（前・後・左・右）等）や枚数は問いませんが、**意見書に記載されている内容が確認できる画像を添付してください。**
- (3) 意見書や画像から不具合等の状況が確認できなければ、判定ができない場合があります。
- (4) 画像数に対し用紙が足りない場合は、裏面をコピーして使用してください。
- (5) 画像（写真、デジタル撮影したもの等）だけでは情報が不十分と思われる場合、動画の提出を求める場合があります。

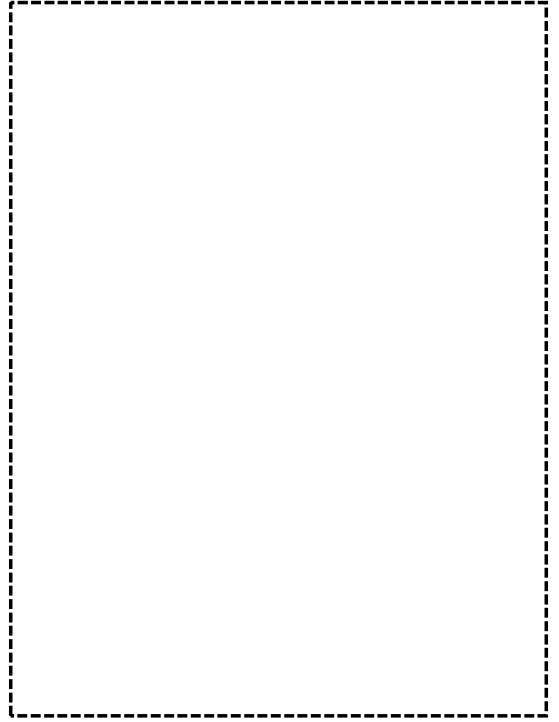
①() ②()

※ () 内に写真の簡単な説明を記入してください。

③(

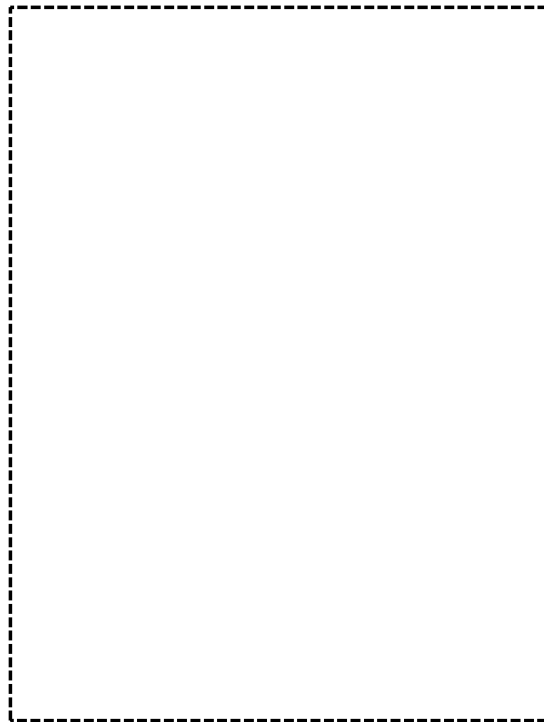


)④(

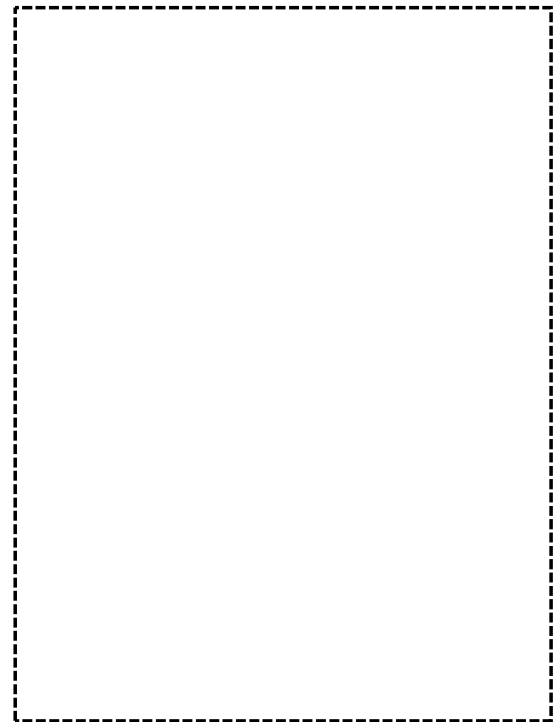


)

⑤(



)⑥(



)

第 号
年 月 日

様
(身体障害者手帳 第 号)

福祉事務所長
市 町 長

印
印

判定通知書

先に申請のあった については、身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）の必要がありますので、下記により判定を受けてください。

なお、当日は本書を持参し提示してください。

また、当日都合がつかない場合は、必ず下段の連絡先へ御連絡ください。

記

- 1 判定日時 年 月 日 () 受付時間 時～ 時
- 2 判定場所
- 3 判定事項
- 4 留意事項 (1) 必ず本人が判定に向向いてください。
(2) 判定に持参するもの
 - ・身体障害者手帳
 - ・補装具費再支給（再製作・修理・借受け）の場合は、現在使用中の補装具

〈案内図〉

担 当 ○○市町○○○○課
電話番号

補装具製作者 様

福祉事務所長 ⑩
市 町 長 ⑩

判 定 通 知 書

下記の者が、貴社での補装具製作・修理・借受けを希望しています。
つきましては、下記の日程により身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）を行いますので、当日の立会い及び見積をお願いします。

記

申請者氏名	住 所	希望する補装具の種類	判定日時	判定場所

* 適合判定の場合は、製作した補装具及び「補装具費支給券」を持参してください。

担 当 ○○市町○○○○課
電話番号

別 表

補装具種目別判定区分一覧表

種 目	製作 区分	医学的 所見		判定・判断機関 及び方法			備考	
		必 要	不 要	更生 相談所	市町			
					意見書 必要	意見書 不要		
義肢 装具 姿勢保持装置	新規	○		○				
	再支給	○		○				
			○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、 現在使用中の補装具と全く同じである ことが確認できる場合	
	修理	○		○				
			○			○	劣化等による軽微な修理、消耗部品の 交換の場合	
借受け	○		○					
車載用姿勢保持装置	新規	○		○				
	再支給	○		○				
			○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、 現在使用中の補装具と全く同じである ことが確認できる場合	
	修理	○		○				
		○			○	劣化等による軽微な修理、カバーの汚 れ、リクライニング機構の故障の修理 の場合		
車椅子	モジュラー式 オーダーメイド式	新規	○		○			
		再支給	○		○			
		修理	○		○			
			○			○	泥よけ等障害状況に影響のない付属 品の劣化等による軽微な修理の場合	
	レディメイド式 (機構加算のないもの) ※機構加算のあるものはモジュラー式に 準ずる。	新規	○			○		
		再支給	○			○		
				○			○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、 現在使用中の補装具と全く同じである ことが確認できる場合
修理		○		○				
		○			○	タイヤのパンク等作動に必要な修理 の場合		
電動車椅子 標準形 簡易形	新規	○		○				
	再支給	○		○				

電動車椅子 標準形 簡易形	修理	○		○				
			○			○	劣化等による軽微な修理、タイヤのパンク、バッテリー交換等作動に必要な修理の場合	
補聴器	新規	○		○				
	再支給	○		○				
	修理	○		○				
			○			○	イヤーマールド交換、ダンパー交換等軽微な修理の場合	
人工内耳用音声信号処理装置	修理	○				○	厚生労働省「補装具費支給事務取扱要領」第5のとおり、人工内耳用音声信号処理装置確認票が必要	
歩行器	新規	○		○			特例補装具の場合。更生相談所へ動画も提出	
		○			○			
	再支給	○		○			特例補装具の場合。更生相談所へ動画も提出	
		○			○			
	修理		○				○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合
		○		○				特例補装具の場合
		○			○			
			○				○	キャスト交換、グリップ交換、腰掛け交換等の場合
重度障害者用意思伝達装置	新規	○		○			更生相談所へ動画提出	
	再支給	○		○			更生相談所へ動画提出	
	修理	○		○			入力方式の変更がある入力装置の交換は更生相談所へ動画提出	
			○				○	入力方式の変更がない入力装置の交換、固定台の修理等の場合
	借受け	○		○				
視覚障害者安全つえ	新規		○				○	
	再支給		○				○	
	修理		○				○	
義眼・眼鏡 起立保持具（児に限る） 排便補助具（児に限る） 歩行補助つえ	新規	○		○			特例補装具又は2個交付の場合	
		○			○			
	再支給	○		○			特例補装具又は2個交付の場合	
		○			○			
			○				○	基準額内かつ障害状況に変化がなく、現在使用中の補装具と全く同じであることが確認できる場合

義眼・眼鏡	修理	○		○		特例補装具又は2個交付の場合
起立保持具（児に限る）		○			○	レンズ度数を変更する場合
排便補助具（児に限る） 歩行補助つえ			○			○

- ・身体障害児の場合は、「判定」を「技術的助言」と読み替える。
- ・電動車椅子（標準形及び簡易形のうち切替式）の新規支給については来所判定により行い、その他については書類判定で行う。

<参考>

更生相談所判定に係る必要書類一覧表

	判定 (技術的助言) 依頼書	補装具費支給に関する意見書 (原本)	見積書 (写)	仕様書 (採寸表又は外形図等)	カタログ等 (製品の詳細・価格がわかるもの)	特例補装具に関する理由書	補装具使用環境等調査書	身体障害者更生指導台帳 (写)	画像添付用紙	補装具借受けに係る意見書
義肢	◎	◎	◎	△	○	○	○●	◎	☆	○
装具	◎	◎	◎	△	○	○	○●	◎	☆	○
姿勢保持装置	◎	◎	◎	◎	○	○	○●	◎	☆	○
車載用姿勢保持装置	◎	◎	◎	○	○	○	○●	◎	☆	△
車椅子 (オーダーメイド式)	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	☆	△
車椅子 (モジュラー式・レディメイド式)	◎	◎	◎	△	◎	○	◎	◎	☆	△
電動車椅子 (標準形・簡易形)	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	☆	△
補聴器	◎	◎	◎	△	○	○	◎	◎	△	△
歩行器	◎	◎	◎	△	◎	○	○●	◎	★	△
重度障害者用意思伝達装置	◎	◎	◎	△	◎	○	◎	◎	△	○
義眼・眼鏡				△					△	△
起立保持具 (児に限る)				△					△	△
排便補助具 (児に限る)	○●	○●	○●	△	○●	○●	○●	○●	△	△
歩行補助つえ				△					△	△

- ※ 1 ◎は必ず提出するもの、○は特例補装具に該当する場合又は必要に応じて提出するもの、●は2個交付(2個同時を含む)の場合に提出するものである。
- 2 ☆は、修理、再交付申請の場合又は各部機能や部品・付属品等を追加申請する場合に添付すること。★歩行器については、映像を提出すること。
- 3 入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合には、「補装具使用環境等調査書」を提出すること。

- 4 「身体障害者更生指導台帳（写）」は、過去の補装具交付履歴（他市町からの転入者については、他市町での交付履歴）がわかるものであること。
- 5 難病患者等の補装具費支給については、原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとするが、「補装具費支給意見書（難病等）」（様式12）・「補装具使用環境等調査書」を必ず提出すること。