

補装具費支給要否意見書(体幹装具)

氏名		男女	生年月日	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	【歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記入すること】				
装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名()				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 頰椎装具	A 硬性 B フレーム C カラー D 斜頸矯正用枕			
	<input type="checkbox"/> 胸腰仙椎装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 腰仙椎装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 仙腸装具	A 硬性 B フレーム C 軟性 D 骨盤帯			
	<input type="checkbox"/> 側弯症装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
採 型 ・ 採 寸		A 採型 B 採寸			
支 持 部	頸 椎 支 持 部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし □ サンドイッチ構造			
	胸 腰 仙 椎 支 持 部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 □ サンドイッチ構造			
	腰 仙 椎 支 持 部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 □ サンドイッチ構造			
	仙 腸 支 持 部	A 硬性 → 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯のあるもの 2 芯のないもの □ サンドイッチ構造			
	骨 盤 支 持 部	A 皮革(補強材を含む) B 硬性 ヘルピックガードル □ サンドイッチ構造			
付 属 品	体 幹 装 具 付 属 品	A 高さ調整 B ターンバックル C 腰部継手 D バタフライ E 肩ベルト F 会陰ひも G 腹部エプロン H 斜頸枕			
	側 弯 症 装 具 付 属 品	A ミルウォーキー型付属品一式 B 胸椎パッド C 腰椎パッド D ショルダーリング E 腋窩パッド F ネックリング G 胸郭バンド H アウトリガー I 前方支柱 J 後方支柱 K 側方支柱			
	内 張 り	A 頸椎支持部 B 胸腰仙椎支持部 C 腰仙椎支持部 D 仙腸支持部			
	※ 高さ調整は、頸椎椎装具についてのみ加算することができる。				
※ バタフライについては、硬性又はフレームの場合にのみ加えることができる。					
完 成 用 部 品	部 品 名				
	部 品 名		期間	か月	
<input type="checkbox"/> 借受け		理由			
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>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>					

(R6.6)

【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。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。