様様式２－３－１（表面）

**補装具費支給に関する意見書（上肢装具・体幹装具用）**

**※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　不適当　　　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 |
| 審査年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □先天性　□疾病　□交通　□労災　　□その他（　　 　　　　　　　　　）  (病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 疾病・外傷  発生年月 | 年　　月ごろ | | | | | | | |
| 障害状況 | □中枢性麻痺 | 部　位 | | ブルンストローム・ステージ | | | 感覚評価 | |
| □末枢性麻痺  □筋・骨格系 | 部　位 | | (障害に関わる部位の)  ＭＭＴ、ＲＯＭ | | | 感覚評価 | |
| 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。** 】 | | | | | | | |
| 現在の  身体状況 | 【**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。**】 | | | | | | | |
| 使用中補装具の状況 | 使用中の補装具（ あり ・ なし ）**【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】** | | | | | | | |

裏面に続く

様式２－３－１（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 製作区分 | | 【部位】□右　 　□左　 　□両側  【区分】□新規　　□再製作　□修理　□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。 | | | | |
| 処方舗装具名  （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 |
|  | |  |  | □採型　□採寸  採型区分（　　　　 　） |
| **上肢装具** | 継手 | 肩 継 手 | | □固定式　□遊動式　□肩回旋装置 | | 完成用部品名（　 　 ） |
| 肘 継 手 | | □固定式　□遊動式　□プラスチック継手 | | 完成用部品名（　 　 ） |
| 手 継 手 | | □固定式　□遊動式　□プラスチック継手 | | 完成用部品名（　 　 ） |
| MP 継 手 | | □固定式　□遊動式 | | |
| IP 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 | | □半月　　皮革等（□カフベルト　□上腕コルセット）　□硬性 | | |
| 前 腕 支 持 部 | | □半月　　皮革等（□カフベルト　□前腕コルセット）　□硬性 | | |
| 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（□支柱付き　□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）　□対立バー　□Cバー　□アウトリガー  □伸展・屈曲補助バネ(□輪ゴム）　□肘当て　□ターンバックル　□ダイヤルロック  □フレクサーヒンジ　　□内張り（□上腕部　□前腕部　□手部） | | | | |
| 完成用部品 | □把持装具（ＢＦＯ）　完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □指装具用　　完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他支柱　完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **体幹装具** | 支持部 | 頸椎 | □硬性(□支柱付き　□支柱なし)　□フレーム　□カラー（あご受け □あり □なし） | | | |
| 胸腰仙椎 | □硬性(□支柱付き　□支柱なし)　□フレーム　□軟性 | | | |
| 腰仙椎 | □硬性(□支柱付き　□支柱なし)　□フレーム　□軟性 | | | |
| 仙腸 | □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） | | | |
| 骨盤 | □皮革　　　□硬性　ペルビックガードル | | | |
| □硬性のサンドイッチ構造 | | | | |
| その他の加算要素 | 体幹装具付属品 | | □高さ調整　□ターンバックル　□腰部継手　□バタフライ  □肩ベルト　□会陰ひも　□腹部エプロン　□斜頚枕 | | |
| 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　□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　　□側方支柱 | | |
| 内張り | | □頸椎支持部　 □胸腰仙椎支持部 　□腰仙椎支持部　　□仙腸支持部 | | |
| 完成用部品名 |  | | | | |
| 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等、製作上の留意点について御記入ください。】** | | | | |
| 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。 | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  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。）   □　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　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  □【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 | | | | | | |

様式２－３－２（表面）

**補装具費支給に関する意見書（下肢・靴型装具用）**

**※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　不適当　　　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 |
| 審査年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □先天性　□疾病　□交通　□労災　　□その他（　　　　　　　　　　　）  (病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 疾病・外傷  発生年月 | 年　　月ごろ | | | | | | | |
| 障害状況 | □中枢性麻痺 | 部　位 | | ブルンストローム・ステージ | | | 感覚評価 | |
| □末枢性麻痺  □筋・骨格系 | 部　位 | | (障害に関わる部位の)ＭＭＴ、ＲＯＭ | | | 感覚評価 | |
| 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。** 】 | | | | | | | |
| 現在の  身体状況 | 【**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。**】 | | | | | | | |
| 使用中補装具の状況 | 使用中の補装具（ あり ・ なし ）**【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】** | | | | | | | |

裏面に続く

様式２－３－２（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **製作区分** | | 【部位】□右　 　□左　 　□両側  【区分】□新規　　□再製作　□修理　□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。 | | | | | |
| **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** |
|  |  |  | | | **□採型　　　　□採寸**  **採型区分（　　　　　　）** |
| 下肢装具 | 継手 | 股 継 手 | □固定式　□遊動式 | | | 完成用部品名（　　　　　　　　） | |
| 膝 継 手 | □固定式　□遊動式　□プラスチック継手 | | | 完成用部品名（　　　　　　　　） | |
| 足 継 手 | □固定式　□遊動式　□プラスチック継手 | | | 完成用部品名（　　　　　　　　） | |
| 支持部 | 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）□坐骨支持式　□カーボン使用 | | | | |
| 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）  □ＰＴＢ式、ＰＴＳ式及びＫＢＭ式　□カーボン使用 | | | | |
| 足　　　部 | □あぶみ  □足部〔□足部覆い □標準靴　□硬性（□熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂）  □足底装具（□ＭＰ関節遠位　□ＭＰ関節近位）  □足板の補強　□カーボン使用　□ベルト追加（　　　本） | | | | |
| その他の加算要素 | □膝サポーター（□支柱付き □支柱なし）　 □キャリパー　 □ツイスター（□硬性　□軟性）  □デニスブラウン型 　□膝当て　 □T・Yストラップ □スタビライザー □ターンバックル  □ダイヤルロック　□アウトリガー　□伸展・屈曲補助装置　　 □補高足部 　 □足底裏革  □高さ調整 　□内張り（□大腿部　□下腿部 □足部　□足底装具）　□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（ □患側　　□健足 ） | | | 右（ □患側　　□健足 ） | | |
| □採型　　□採寸（採型区分：　　　　　　） | | | □採型　　□採寸（採型区分：　　　　　　） | | |
| □短靴　　□チャッカ靴　 □半長靴　 □長靴 | | | □短靴　　□チャッカ靴　 □半長靴　 □長靴 | | |
| □整形靴　□特殊靴 | | | □整形靴　□特殊靴 | | |
| □グッドイヤー式　　□マッケイ式 | | | □グッドイヤー式　　□マッケイ式 | | |
| 加算要素 | □月型の延長　 □スチールバネ入り　 □トウボックスの補強 　□鉛板の挿入　　□足背ベルト  □ベルト（裏付き）の追加 □補高　　　　　ｃｍ（□敷き皮式　□靴の補高） 脚長差　　　　　　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 □逆トーマスヒール □フレアヒール □階段状ヒール】  足底の補正  【□内側ソール・ウェッジ □外側ソール・ウェッジ □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 □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等、製作上の留意点について御記入ください。】** | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  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。）   □　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）  □　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  □【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 | | | | | | | |