

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
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	<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			
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	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) 【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】 <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 *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 <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 採型区分()		
上肢装具	継手	肩 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 肩回旋装置		完成用部品名()	
		肘 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()	
		手 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()	
		MP 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式			
		IP 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 (<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム) <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 鋼線支柱			
	支持部	胸 郭 支 持 部	<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム			
		骨 盤 支 持 部	<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム			
		上 腕 支 持 部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 上腕コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性			
		前 腕 支 持 部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 前腕コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性			
		手部背側パッド	<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム			
		手 掌 パ ッ ド	<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム			
	その他の加算要素	<input type="checkbox"/> 肘サポーター (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> 基節骨パッド (<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム) <input type="checkbox"/> 中・末節骨パッド (<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム) <input type="checkbox"/> 対立バー <input type="checkbox"/> Cバー <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助バネ (<input type="checkbox"/> 輪ゴム) <input type="checkbox"/> 肘当て <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> フレクサーヒンジ <input type="checkbox"/> 内張り (<input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手部)				
	完成用部品	<input type="checkbox"/> 把持装具 (BFO) 完成用部品名() <input type="checkbox"/> 指装具用 完成用部品名() <input type="checkbox"/> その他支柱 完成用部品名()				
	体幹装具	支持部	頸 椎	<input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> カラー (あご受け <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
			胸腰仙椎	<input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性		
腰 仙 椎			<input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性			
仙 腸			<input type="checkbox"/> 硬性(<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> フレーム <input type="checkbox"/> 軟性 <input type="checkbox"/> 骨盤帯 (<input type="checkbox"/> 芯あり <input type="checkbox"/> 芯なし)			
骨 盤			<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 硬性 ペルビックガードル			
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 肩ベルト <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> 腹部エプロン <input type="checkbox"/> 斜頸枕			
		側弯症装具付属品	<input type="checkbox"/> ミルウォーキー型付属品一式 <input type="checkbox"/> 胸椎パッド <input type="checkbox"/> 腰椎パッド <input type="checkbox"/> ショルダーリング <input type="checkbox"/> 腋窩パッド <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 胸郭バンド <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> 側方支柱			
		内張り	<input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> 胸腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> 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 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) <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で、かつ所属医学会において認定されている専門医 (※注) <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						

(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 上肢装具	(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		