

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"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 <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	【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 *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	基本構造 1	基本構造 2	採型区分 <input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸	
上肢装具	製作要素	部 位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側			
		肩 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 肩回旋装置			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			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 <input type="checkbox"/> 鋼線支柱			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"/> 金属 <input type="checkbox"/> モールド) <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> 鋼線支柱			
		胸 郭 支 持 部	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム			
		骨 盤 支 持 部	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム			
		上 腕 支 持 部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフバンド <input type="checkbox"/> 上腕コルセット) <input type="checkbox"/> モールド			
		前 腕 支 持 部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフバンド <input type="checkbox"/> 前腕コルセット) <input type="checkbox"/> モールド			
		手部背側パッド	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム			
		手 掌 パ ッ ド	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム			
		手部背側パッド	<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム			
	選定理由					
加算要素	基節骨パッド (<input type="checkbox"/> モールド <input type="checkbox"/> フレーム) 中・末節骨パッド (<input type="checkbox"/> モールド <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"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック 肘当て内張 (<input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手部) <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他	<input type="checkbox"/> 把持装具部品 <input type="checkbox"/> フレクサーヒンジ <input type="checkbox"/> B.F.O () <input type="checkbox"/> 指装具用部品 () <input type="checkbox"/> その他支柱 ()					
体幹装具	製作要素	頸 椎	モールド(<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 椎	モールド(<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 椎	モールド(<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	モールド(<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			
		骨 盤	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> モールド			
		<input type="checkbox"/> サンドイッチ構造				
加算要素	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ターンバックル式 <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 肩バンド <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> 腹圧強化バンド <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"/> 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 <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 胸郭バンド (プラスチック製) 内張り (<input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> 胸椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰椎支持部 <input type="checkbox"/> 仙腸支持部) <input type="checkbox"/> その他 ()					
完成用部品	<input type="checkbox"/> 斜頸枕用部品 <input type="checkbox"/> ミルウオーキーネックリング <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> アウトリガー 蝶番 (<input type="checkbox"/> 二重式 <input type="checkbox"/> 一重式) <input type="checkbox"/> 前方支柱固定金具					
補装具製作にあたっての留意点	【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。) <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"/> 【難病患者等に限る】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注) ※注 専門医とは、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をいう。						

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"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 <input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)			
疾病・外傷 発生年月	年 月 ころ			
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	部 位	(障害に関わる部位の)MMT、 ROM	感覚評価
	<input type="checkbox"/> 筋・骨格系			
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		【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 *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	基本構造 1	基本構造 2
					<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸
下肢装具	製作要素	部 位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		
		採 型 区 分	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		
		股 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式		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		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		部品名 ()
		選定理由			
		大腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフバンド <input type="checkbox"/> 大腿コルセット) モールド (<input type="checkbox"/> 熱硬化性 <input type="checkbox"/> 熱可塑性) <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> 座骨支持式		
		下腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフバンド <input type="checkbox"/> 下腿コルセット) モールド (<input type="checkbox"/> 熱硬化性 <input type="checkbox"/> 熱可塑性) <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> PTB 式、PTS 式、KBM 式		
	足 部	<input type="checkbox"/> あぶみ <input type="checkbox"/> 皮革等 (<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小) モールド (<input type="checkbox"/> 熱硬化性 <input type="checkbox"/> 熱可塑性) <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> カーボン製 <input type="checkbox"/> 足底の補強			
	選定理由				
素加算要素	膝サポーター (<input type="checkbox"/> 軟性支柱付き <input type="checkbox"/> 軟性支柱なし) <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター (<input type="checkbox"/> 軟性 <input type="checkbox"/> 鋼製ケーブル) <input type="checkbox"/> デニスブラウン <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"/> 伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/> 足底裏革 <input type="checkbox"/> 高さ調整 内張り (<input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部) <input type="checkbox"/> 補高足部 (脚長差 c m)				
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	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		
		<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		
		補高 c m (<input type="checkbox"/> 敷き皮式 <input type="checkbox"/> 靴の補高)	脚長差 c m		
	加算要素	<input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トゥボックスの補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背バンド <input type="checkbox"/> マジックバンド (裏付き) ヒールの補正【 <input type="checkbox"/> トルクヒール <input type="checkbox"/> ウェッジヒール <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"/> メイター半月バー <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】			
補装具製作にあたっての留意点	【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

【難病患者等に限定】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)

※注 専門医とは、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をいう。

(別紙)

補装具一覧 (装具)				
区分	名称	基本構造 1	基本構造 2	
1 下 肢 装 具	(1)股装具	ア 金属枠		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
		ウ 軟性		
	(2)先天股脱装具	ア リーメンヒューゲル型 (パブリック帯)		
		イ フォンローゼン型		
		ウ バチェラー型		
		エ ローレンツ型		
		オ ランゲ型		
	(3)内反足装具	ア 短下肢装具型		
		イ 靴型装具型		
		ウ デニスブラウン副子	(ア) 足底板型 (イ) 足部おおい型 (ウ) 靴型装具型	
	(4)長下肢装具	ア 両側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		イ 片側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		ウ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
		エ X脚又はO脚		
	(5)膝装具	ア 両側支柱		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
		ウ スウェーデン式		
		エ 軟性		
	(6)短下肢装具	ア 両側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		イ 片側支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		ウ S型支柱	(ア) 高力アルミニウム合金 (イ) 鋼	
		エ 鋼線支柱		
		オ 板ばね		
		カ 硬性	(ア) 支柱付き (イ) 支柱なし	
		キ 軟性		
	(7)ツイスター	ア 軟性		
		イ 鋼製ケーブル		
	(8)足底装具	ア アーチサポート(ふまず支え)	(ア) 陽性モデルを用いてモールドされたもの (イ) 採寸によって製作されたもの	
イ メタターサルサポート				
ウ 補高		(ア) 2cm未満 (イ) 2cm以上		
エ 内側及び外側楔				
ア 長靴				
2				

靴型装具		イ 半長靴（編上靴）		
		ウ チャッカ靴		
		エ 短靴		
3 体 幹 装 具	(1)頸椎装具	ア 金属枠		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
		ウ カラー	(ア) あご受けのあるもの (イ) あご受けのないもの	
		エ 斜頸矯正用枕		
	(2)胸椎装具	ア 金属枠		
		イ 硬性（頸椎装具に準じる）		
		ウ 軟性		
	(3)腰椎装具	ア 金属枠		
		イ 硬性（頸椎装具に準じる）		
		ウ 軟性		
	(4)仙腸装具	ア 金属枠		
		イ 硬性（頸椎装具に準じる）		
		ウ 軟性		
		エ 骨盤帯	(ア) 芯のあるもの (イ) 芯のないもの	
	(5)側彎症装具	ア ミルウォーキー型		
		イ 頭部に及ばないもの	(ア) 金属枠 (イ) 硬性（仙腸装具に準ずる） (ウ) 軟性	
	4 上 肢 装 具	(1)肩装具	ア 金属枠	
			イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック
ウ 分娩麻痺用				
(2)肘装具		ア 両側支柱		
		イ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
		ウ 軟性		
(3)手関節背屈保持装具		ア バネル型		
		イ トーマス型		
		ウ オッペンハイマー型		
		エ 硬性	(ア) 不燃性セルロイド (イ) 皮革 (ウ) プラスチック	
(4)長対立装具				
(5)短対立装具				
(6)把持装具		ア 手関節駆動式		
		イ ハーネス駆動式		
(7)MP 屈曲補助装具（ナックルバンダー）及びMP 伸展補助装具（逆ナックルバンダー）		ア バネル型		
		イ プラスチック		
		ウ 軟性		
(8)指装具（指用ナックルバンダー及び指用逆ナックルバンダー）				
(9)BFO（食事動作補助器）				