

座 位 保 持 装 置 処 方 内 容	【製作区分】 <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。		
	<input type="checkbox"/> レディメイド 商品名 () <input type="checkbox"/> オーダーメイド		
	採寸区分及び装置の及ぶ範囲	採型 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"/> 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
	支持部	頭部 上肢部 体幹部 骨盤・大腿部 下腿部 足部	<input type="checkbox"/> 頭部支え <input type="checkbox"/> 上肢支え <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> シート張り調節型 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> シート張り調節型 <input type="checkbox"/> 下腿支え <input type="checkbox"/> 足台
	の支連結部	固定 遊動 角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式
	構造 ムレ造	使用材料 付加機能	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 完成用部品 <input type="checkbox"/> 車椅子 () <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構
部品・付属品	上肢保持部品 体幹保持部品 骨盤保持部品 下肢保持部品 ベルト部品 支持部カバー 内張り 体圧分散補助素材 その他	<input type="checkbox"/> アームレスト <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 <input type="checkbox"/> 肩パッド <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受ロール <input type="checkbox"/> 体幹パッド <input type="checkbox"/> 腰部パッド <input type="checkbox"/> 骨盤パッド <input type="checkbox"/> 臀部パッド <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> テーブル <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 <input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> キャスター <input type="checkbox"/> 介助用グリップ <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調節用台座	
調節機構	高さ調節 前後調節 角度調節 脱着機構 開閉機構	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> テーブル <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"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> アームレスト <input type="checkbox"/> 足部支持部	
補装具製作にあたっての留意点	【完成用部品の型式等について御記入ください。】		
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。		
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 () 印			
※ 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。