

# 静岡県補装具費支給に係る判定等事務取扱要領

## 1 目的

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年 法律第 123 号）（以下、「障害者総合支援法」という。）に基づく補装具費支給に係る判定等については、補装具費支給事務取扱指針（平成 30 年 3 月 23 日付け障発 0323 第 31 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「取扱指針」という。）によるほか本要領により行い、もって判定等事務の適正かつ迅速な実施を図ることを目的とする。

## 2 定義

### (1) 判定

この要領において「判定」とは、身体障害者に係る補装具費支給に関する医学的判定をいう。

### (2) 技術的助言

この要領において「技術的助言」とは、身体障害児に係る補装具費支給に関する補装具の構造、機能等に関する技術的助言をいう。

### (3) 指定自立支援医療機関

この要領において「指定自立支援医療機関」とは、障害者総合支援法第 54 条第 2 項の規定に定める都道府県知事が指定する医療機関をいう。

### (4) 医師

この要領において「医師」とは、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又は指定自立支援医療機関において指定自立支援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（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）又は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をいう。

なお、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（以下「総合支援法施行令」という。）に規定する特殊の疾病に該当する難病患者等（以下「難病患者等」という。）に係る補装具費支給意見書を作成することのできる医師については、以上の要件の医師に加え、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を加える。

### 3 意見書の作成

補装具費支給申請を目的とした意見書の作成を求められた医師は、「補装具費支給に関する意見書」(様式 2-1～2-9)の中から該当する補装具の種目の様式を使用して意見書を作成すること。

なお、特例補装具に関して意見書を作成する場合は、加えて「特例補装具に関する理由書」(様式 11)を作成すること。

また、難病患者等に係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具費支給意見書(難病等)」(様式 12)を作成すること。

おって、借受けに係る意見書を作成する場合は、加えて「補装具借受けに係る意見書」(様式 13)を作成すること。

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| (1) 殻構造義手用               | (様式 2-1-1) |
| (2) 殻構造義足用               | (様式 2-1-2) |
| (3) 骨格構造義手用              | (様式 2-2-1) |
| (4) 骨格構造義足用              | (様式 2-2-2) |
| (5) 上肢装具・体幹装具用           | (様式 2-3-1) |
| (6) 下肢・靴型装具用             | (様式 2-3-2) |
| (7) 座位保持装置用              | (様式 2-4)   |
| (8) 補聴器用                 | (様式 2-5)   |
| (9) 車椅子用                 | (様式 2-6)   |
| (10) 電動車椅子用              | (様式 2-7)   |
| (11) 重度障害者用意思伝達装置用       | (様式 2-8)   |
| (12) その他用(様式 2-1～2-8 以外) | (様式 2-9)   |

### 4 判定の要否

身体障害者更生相談所(以下「更生相談所」という。)の長の判定を必要とする補装具の種目は、別表「補装具種目別判定区分一覧表」の区分による。ただし、市町の長が更生相談所の長による判定が必要と認める場合はこの限りでない。

なお、来所判定が必要な補装具について書類判定を希望し、かつ更生相談所の長が適当と認める場合は、5の規定で定める書類を提出することにより来所判定に替えることができる。

### 5 判定依頼

「補装具費支給申請書」を受理した市町の長は、申請者の身体的状況、経済的状況及び世帯の状況等を調査し、「判定(技術的助言)依頼書」(様式 1)に次の書類を添付して補装具費支給の要否等について更生相談所の長の判定を求めること。

なお、更生相談所に処方を作成を希望する場合は、(2)～(4)の書類の添付を必要と

しない。

- (1) 「身体障害者更生指導台帳」の写し（補装具交付履歴がわかるもの）
- (2) 「補装具費支給に関する意見書」
- (3) 「見積書」の写し

借受けによる判定を依頼する場合は、借受けを想定する部品等を明示すること。

- (4) 「採寸表又は外形図」等

次のいずれかに該当する場合は、当該補装具の仕様・寸法等が明示されたものを添付すること。

ア 車椅子をオーダーメイドで製作する場合

イ 電動車椅子のベース車をオーダーメイドで製作する場合

ウ 座位保持装置を製作する場合

- (5) 「補装具使用環境等調査書」（様式 3-1～3-4）

次のいずれかに該当する場合は、申請者の補装具使用履歴及び生活環境等を事前に調査し、市町の意見を付したものを添付すること。

ア 電動車椅子の判定を依頼する場合（様式 3-1）

イ 8の規定（補装具の個数）による判定を依頼する場合（様式 3-1）

ウ 10(1)の規定（特例補装具）による判定を依頼する場合（様式 3-1）

エ 補聴器の判定を依頼する場合（様式 3-2）

オ 入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合（様式 3-3）

カ 重度障害者用意思伝達装置の判定を依頼する場合（様式 3-4）

- (6) 「カタログ・仕様書」等

ア 重度障害者用意思伝達装置を判定依頼する場合は、当該装置の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

イ 座位保持装置・座位保持椅子を判定依頼する場合は、当該補装具の詳細内容がわかるカタログ・仕様書等を添付すること。

ウ 特例補装具を判定依頼する場合は、当該補装具の名称・形式・価格等を判別できるカタログ・仕様書等を添付すること。

エ その他、判定に必要である場合についても同様とすること。

- (7) 「特例補装具に関する理由書」（様式 11）

10(1)の規定（特例補装具）による判定を依頼する場合に添付すること。

- (8) 「補装具費支給意見書（難病等）」（様式 12）

11の規定（難病患者等の補装具費支給）による判定を依頼する場合に添付すること。

- (9) 「補装具借受けに係る意見書」（様式 13）

借受けによる判定を依頼する場合に添付すること。

## 6 判定

### (1) 来所判定

ア 判定依頼を受けた更生相談所の長は、「補装具判定（適合判定）実施通知書」（様式4）により判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」（様式例1号、2号）を作成し申請者及び補装具製作者に通知すること。

イ 更生相談所の長は、申請者等の来所により、更生相談所医師による診察と判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」（様式5）を作成し、市町の長に交付する。

ウ 更生相談所の長は、イの規定による「補装具判定書」（様式5）を交付するに当たり、必要に応じて「補装具処方箋」（様式6）を作成し、添付する。

### (2) 書類判定

判定依頼を受けた更生相談所の長は、判定依頼書等の内容に基づき判定を行い、「補装具判定書」（様式5）を作成し市町の長に交付する。

ただし、更生相談所の長は、判定依頼の内容によって必要があると認める場合は、申請者等に更生相談所へ来所させて判定を実施した後、「補装具判定書」（様式5）を交付する。この場合、更生相談所の長は(1)の規定に準じて通知する。

### (3) 借受けに係る判定

更生相談所の長は、市町から借受けの申請に基づく判定依頼の有無に関わらず、判定の過程で借受けによることが適当と判断できる場合は、借受けの必要性を判定し、想定される借受け期間、使用効果等を「補装具判定書」（様式5号）に記載すること。

## 7 適合判定

### (1) 来所判定分

ア 更生相談所の長は、6(1)イの規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」（様式7）の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」（様式8）を通知する。

イ 更生相談所の長は、6(1)ウの規定に基づいて製作された補装具の適合判定を実施する。

(ア) 更生相談所の長は、「補装具判定（適合判定）実施通知書」（様式4）により適合判定を行う日時等を市町の長に通知し、市町の長は速やかに「判定通知書」（様式例1号、2号）を作成し申請者及び補装具製作者に通知すること。

(イ) 更生相談所の長は、適合判定の結果、当該補装具が申請者に適合しないと

認められた場合は、補装具製作者に対し不備な箇所を指摘し改善させる。なお、改善を経て最終的に当該補装具の適合が認められた場合は、「適合判定書」（様式 9）を作成し、市町の長に交付する。

## (2) 書類判定分

更生相談所の長は、6 (2) の規定に基づいて製作された補装具について、補装具費支給意見書を作成した医師に「適合判定意見書」（様式 7）の提出を求め、適合状況が良好であったこと等を確認の上、市町の長に「適合判定確認書」（様式 8）を通知する。

## 8 補装具の個数

補装具費の支給対象となる補装具は原則として 1 種目につき 1 個である。

ただし、職業上又は教育上の理由において、2 個目の支給（以下、2 個交付という）が特に必要と思われる場合は、市町の長は、5 (5) の規定に定める「補装具使用環境等調査書」（様式 3）及びその他更生相談所の長が求める関係資料を添付し、判定を受けること。

2 個交付の職業上又は教育上の理由については、就業又は就学の事実のみでなく、職業上又は教育上特に必要な具体的な使用環境等の事情に基づくことを必要とすること。

## 9 身体障害児の補装具費支給

(1) 身体障害児の補装具費支給に関しては、取扱指針に基づき行うが、身体障害者に対する判定との整合性を図るため、更生相談所の判定を必要とする種目について、市町の長が必要と認める場合は、更生相談所の長に技術的助言を求めるとし、5 の規定に準じて技術的助言依頼をすることができる。

(2) 身体障害児から 2 個交付の支給申請があったときは、市町の長は 8 の規定に準じて技術的助言を求めなければならない。

(3) 技術的助言依頼を受けた更生相談所の長は、6 の規定に準じて判定を行い「技術的助言通知書」（様式 10）を作成し市町の長に通知する。

## 10 特例補装具

身体障害者・児の障害の現症、生活環境その他真にやむを得ない事情により、特例補装具の購入費用の支給申請があったときは、次のとおりとする。

(1) 判定（児の場合は技術的助言であり、以下「判定等」という。）依頼

市町の長は、5 (5) の規定に定める「補装具使用環境等調査書」（様式 3）、5 (6) の規定に定める「カタログ・仕様書等」及び「特例補装具に関する理由書」（様式 11）を添付して更生相談所の長に判定等を依頼すること。

(2) 判定等及び適合判定

6及び7に準じて行う。ただし、判定等については必要に応じ、静岡県特例補装具意見調整会議実施要領に基づく静岡県特例補装具意見調整会議に諮ることとする。

11 難病患者等の補装具費支給

原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとする。

市町において、難病患者等から補装具費の支給申請を受け付けるにあたり、「補装具費支給意見書（難病等）」（様式12）等により、総合支援法施行令に規定する特殊の疾患に該当するか否か、身体症状等の変動状況や日内変動等について確認すること。

附 則

- 1 この要領は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要領の施行に伴い、「補装具判定事務取扱要領」（平成 10 年 9 月 18 日付け障福第 687 号健康福祉部障害福祉課長通知。以下「現行要領」）及び「身体障害児基準外補装具判定事務取扱要領」（平成 12 年 6 月 19 日付け障身第 63 号健康福祉部障害者支援総室長通知。以下「基準外要領」）は廃止する。
- 3 この要領の施行前に、「現行要領」及び「基準外要領」の規定により行われた手続きは、この要領の相当規定により行われた手続きとみなす。
- 4 本文 2 (4) 中の「かつ所属医学会において認定されている専門医（平成 14 年厚生労働省告示第 159 号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）」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附 則

- 1 この要領は、平成 21 年 12 月 10 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

附 則

- 1 この要領は、平成 25 年 6 月 13 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際、現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。
- 3 本文 2 (4) 中の「かつ所属医学会において認定されている専門医（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）」については、施行の日から当分の間は、更生相談所の長が特に認めた場合はこれを適用しない。

附 則

- 1 この要領は、平成 31 年 4 月 18 日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現にある改正前様式により行われた手続きは、この改正後の様式によるものとみなす。

静岡県身体障害者更生相談所長 様

福祉事務所長  
市 町 長



## 判定(技術的助言)依頼書

下記の者に対する補装具費支給に関する判定(技術的助言)を依頼する。

記

氏 名	男・女	生年月日	年 月 日	歳
住 所				
身体障害者手帳	第 号 ( 年 月 日交付)			
手帳障害名 及びその等級	級			
判定依頼事項	補装具名 新規支給・再支給 (借受け意向 有・無)、借受け、修理			
判定方法及び希望年月日	来所 ・ 書類	年 月 日		
希望業者名				
障害・疾患(難病等)に 対する既往歴	先天性・後天性 (外傷・戦傷・労災・交通・疾病・その他 ( )) ※ 総合支援法施行令に規定する特殊な疾病 (難病等) に該当 <input type="checkbox"/> する (疾患名: ) <input type="checkbox"/> しない 疾病・外傷発生年月日 年 月 日			
現在の居所	在宅・病院・施設・その他 在宅以外の場合の名称 ( ) その入居期間 (予定含む) ( ~ )			
同居者の状況	なし・あり (父・母・配偶者・子・兄弟・祖父母・孫・その他 )			
職 業	【必要時記載】			
備 考				
他法令・制度等の適用の可否 (其々いずれかに○) 自動車損害賠償責任保険 可・不可      共 済 保 険 可・不可 労働者災害補償保険法 可・不可      船 員 保 険 可・不可 公務員災害補償法 可・不可      戦傷病者特別援護法 可・不可 健 康 保 険 可・不可      介 護 保 険 可・不可 国 民 健 康 保 険 可・不可				

補装具費支給に関する意見書 (殻構造義手用)

※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 月ごろ		
切断・離断 ・欠損部位	【上肢】 右 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指) ) 左 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指) )		
切断施術	年 月ごろ		
現在の 障害部位 の状況	【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



補装具費支給に関する意見書 (殻構造義足用)

※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 月ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	<b>【下 肢】</b> 右 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 左 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)			
切断施術	_____ 年 月ごろ			
現在の 障害部位 の状況	【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



(別紙)

補装具一覧（殻構造義肢）		
名称	型式1	型式2
1 肩義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式普通用	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
	(4)能動式肩甲鎖骨切除用	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
2 上腕義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
3 肘義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	
4 前腕義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	ア 長断端用ハンド型
		イ 長断端用フック型
		ウ 中断端用ハンド型
		エ 中断端用フック型
オ 短断端用ハンド型		
カ 短断端用フック型		
5 手義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	
6 手部義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
7 手指義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
8 股義足	(1)常用	ア 普通
		イ カナダ式
	(2)作業用	
9 大腿義足	(1)常用	
	(2)吸着式常用	
	(3)作業用	
10 膝義足	(1)常用	
	(2)作業用	
11 下腿義足	(1)常用	ア 普通（軽便式を含む）
		イ PTB式
		ウ PTS式
	エ KBM式	
(2)作業用		
12 果義足		
13 足根中足義足	(1)鋼板入り	
	(2)足袋型	
14 足指義足		

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義手用)

※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 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	【上肢】 右 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指) ) 左 ( <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指) )			
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。】 切断施術                      年 月 ごろ			
現在の 障害部位 の状況	【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 2-2-1 (裏面)

製作部位 及び製作区分	<b>【部位】</b> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <b>【区分】</b> <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)	名称	型式	名称	型式
	<input type="checkbox"/> 肩義手 A-1	<input type="checkbox"/> 装飾用	<input type="checkbox"/> 前腕義手 A-3	<input type="checkbox"/> 装飾用
<input type="checkbox"/> 上腕義手 A-2	<input type="checkbox"/> 装飾用			
製作要素価格	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム・セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂	支持部	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
	ソフト インサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂	義手用 ハーネス	<input type="checkbox"/> 胸郭用ベルトハーネス一式 <input type="checkbox"/> 肩たすき一式 <input type="checkbox"/> 8字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 9字ハーネス一式 <input type="checkbox"/> 上腕カフ(三頭筋パッド)
			外装	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
完成用部品	肩継手	<input type="checkbox"/> 屈曲・外転式 <input type="checkbox"/> ユニバーサル式 品名 ( )		
	肘継手	<input type="checkbox"/> 単軸式(軸固定式) <input type="checkbox"/> 単軸式(軸摩擦式) 品名 ( )		
	手継手	<input type="checkbox"/> 面摩擦式 <input type="checkbox"/> 軸摩擦式 <input type="checkbox"/> 手屈曲式 <input type="checkbox"/> 手部コネクタ 品名 ( )		
	義手調整部品	<input type="checkbox"/> ソケットアダプター <input type="checkbox"/> チューブ 品名 ( )		
	手先具	<input type="checkbox"/> 装飾ハンド <input type="checkbox"/> 手袋(コスメチックグラブ) 品名 ( )		
	外装部品	<input type="checkbox"/> コネクションプレート <input type="checkbox"/> フォームカバー 品名 ( )		
	その他	<input type="checkbox"/> 断端袋(上腕用 前腕用) <input type="checkbox"/> ハーネス部品 <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー(ピンアタッチメント あり・なし) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 品名 ( )		
補装具製作に あたっての 留意点	<b>【上記完成用部品以外の指定や、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】</b>			
使用効果見込	<b>【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。】</b> ※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。

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義足用)

※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		
切断・離断 ・欠損部位	【下肢】 右 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指 ) 左 ( <input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指 )		
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。】 切断施術                      年 月 ころ		
現在の 障害部位 の状況	【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 2-2-2 (裏面)

製作部位及び製作区分	<b>【部位】</b> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 <b>【区分】</b> <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)	名称	型式	名称	型式
	<input type="checkbox"/> 股義足 B-1	<input type="checkbox"/> カナダ式	<input type="checkbox"/> 下腿義足 B-4	<input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式 <input type="checkbox"/> 差込式
	<input type="checkbox"/> 大腿義足 B-2	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> ライナー式	<input type="checkbox"/> 果義足 B-5	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> 有窓式
	<input type="checkbox"/> 膝義足 B-3	<input type="checkbox"/> 吸着式		
<input type="checkbox"/> チェックソケット		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
製作要素価格	ソケット	<input type="checkbox"/> アルミニウム、セルロイド <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> その他 ( )	支持部	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発砲樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・フェルト <input type="checkbox"/> シリコーン <input type="checkbox"/> その他 ( )	義足懸垂用部品	<input type="checkbox"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用 <input type="checkbox"/> その他 ( )
完成用部品	股継手	<input type="checkbox"/> カナダ式 <input type="checkbox"/> ロック式 <b>品名 ( )</b>		
	膝継手	<input type="checkbox"/> 単軸式 (1遊動式 2ロック式) <input type="checkbox"/> 多軸膝 (1遊動式 2ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 <b>品名 ( )</b>		
	足継手	<input type="checkbox"/> 固定式 (SACH足用) <input type="checkbox"/> 遊動式 (1単軸足用 2多軸足用) <b>品名 ( )</b>		
	義足調整部品	<input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> コネクタ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> クランプアダプタ <input type="checkbox"/> ターンテーブル <input type="checkbox"/> トルクアブソーバー <input type="checkbox"/> ショックアブソーバー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置 <b>品名 ( )</b>		
	足部	<input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> サイム用足部 <b>品名 ( )</b>		
	足部調整用部品	<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト <b>品名 ( )</b>		
	外装用部品	<input type="checkbox"/> 保護カバー <input type="checkbox"/> コネクションプレート <b>品名 ( )</b> <input type="checkbox"/> フォームカバー (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> ストックネット (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> リアルソックス (1股・大腿用 2下腿用)		
その他	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウエッジ <input type="checkbox"/> 断端袋 (大腿用 下腿用) <input type="checkbox"/> バッテリーキット <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (ピンアタッチメントあり・なし) <input type="checkbox"/> その他の部品 (1 フットカバー 2 スペクトラソックス 3 その他) <b>品名 ( )</b>			
補装具製作にあたっての留意点	<b>【上記完成用部品以外の指定や、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】</b>			
使用効果見込	<b>【処方補装具を装着することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】</b> ※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 (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 不相当      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	<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	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 2-3-1 (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・屈曲補助パネ <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			
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 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	<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 ごろ			
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 <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	【 F I M や B I 等 A D L 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)

<b>製作区分</b>		【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。					
<b>処方補装具名</b> (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					
		<b>区分</b>	<b>名称</b>	<b>基本構造 1</b>	<b>基本構造 2</b>	<b>採型区分</b>	
						<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸	
<b>下肢装具</b>	<b>製作要素</b>	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 ( )	
		<b>選定理由</b>					
		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					
	<b>選定理由</b>						
<b>素加算要素</b>	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)						
<b>靴型装具</b>	<b>素製作要素</b>	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				
	<b>加算要素</b>	補高 c m ( <input type="checkbox"/> 敷き皮式 <input type="checkbox"/> 靴の補高) 脚長差 c m <input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トウボックスの補強 <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"/> メイトー半月バー <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】					
<b>補装具製作にあたっての留意点</b>	【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。】						
<b>使用効果見込</b>	【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。

(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 軟性	(ウ) プラスチック	
	(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）				



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 <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 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"/> 下腿・足部
	支持部	<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
	の支連持結部	<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	<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	<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	<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。

### 補装具費支給に関する意見書 (補聴器用)

※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
障害名及び原因とな った疾病・外傷名(○ をつける)	右 感音・伝音・混合 難聴 左 感音・伝音・混合 難聴 語音明瞭度不明瞭 その他 ( )	疾病・傷病 発生年月	年 月 日	障害 等級	級
現 症	オーディオグラム記載欄 (※貼り付け可)				
	4分法による聴力レベル (右      dB) (左      dB)		聴力測定日      年 月 日		
語音明瞭度検査 (右      %) (左      %)		検査日      年 月 日			
補聴器の装用 効果	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 試用した ( <input type="checkbox"/> 効果あり <input type="checkbox"/> 効果なし <input type="checkbox"/> 効果不明 (      ) ) <input type="checkbox"/> 未定 (児のみ選択可)  <input type="checkbox"/> 再申請 現在の状況 補聴器を <input type="checkbox"/> 使用中 (形式      ) <input type="checkbox"/> なし				

裏面に続く

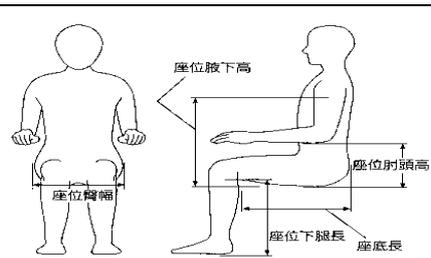
必要とする補聴器等の装用耳の欄に○を記載してください。(両耳装用の場合は左右両方に○) また、必ず、障害等級(2級～6級)に応じた名称・形式の補聴器(高度、重度、他)を選定してください。			
名称・形式	左	右	対象者
高度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが90dB未満(手帳6級、4級の障害程度に相当)の方
高度難聴用耳かけ型			
重度難聴用ポケット型			原則として、装用耳の平均聴力レベルが90dB以上(手帳3級、2級の障害程度に相当)の方
重度難聴用耳かけ型			
耳あな型レディメイド			身体上・職業上等の理由で、ポケット型及び耳かけ型補聴器の使用が困難な方(オーダーメイドの場合は障害状況、耳の形状等レディメイド対応不可の方)
耳あな型オーダーメイド			
骨導式ポケット型			伝音性・混合性難聴であって、耳漏が著しい方又は外耳道閉鎖症等を有する方で、かつ耳栓又はイヤーマールドの仕様が困難な方
骨導式眼鏡型			
FM型(FM補聴システム)			教育上等の理由で必要な方(原則1個)
イヤーマールド			
※ 支給対象となる補聴器等は原則1個です。 ※ 両耳装用が必要な場合、又は 耳あな型・骨導式・FM補聴システムを選定した場合には、該当する項目にレ点を記入してください。			
必要な理由 <input type="checkbox"/> 教育上の理由 ( <input type="checkbox"/> 言語習得 <input type="checkbox"/> 学習効果の改善 <input type="checkbox"/> 音の認識・方向性の改善 ) <input type="checkbox"/> 職業上の理由 ( <input type="checkbox"/> 危険防止 <input type="checkbox"/> 作業効率の向上 <input type="checkbox"/> 業務対応上の必要性 ) <input type="checkbox"/> 身体上の理由 <input type="checkbox"/> 耳介の欠損・変形 <input type="checkbox"/> 耳漏が著しい <input type="checkbox"/> 外耳道閉鎖症等 <input type="checkbox"/> その他(該当する場合記入) ) <input type="checkbox"/> その他(該当する場合記入) )			
その他製作にあたっての留意点等			
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 <span style="float:right">印</span> 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 (車椅子用)

※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： )				
発生年月	年 月 日				
【身体寸法】	座位肘頭高				
身長	座位下腿長				
体重	座位臀幅				
座位腋下高	座底長				
現在の 障害部位 の状況	【 F I M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。】				
現在の 身体・ 活動 状況	感覚障害	( <input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 ) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし			
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし			
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり			
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可			
	歩行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内(階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲)歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持(背部・頭部)があると可 <input type="checkbox"/> 不可			
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※ 自走可の場合→操作方法{両手・右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}				

裏面に続く

様式 2-6 (裏面)

処方車椅子	<b>【製作区分】</b> <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。		
	商品名 ( ) <input type="checkbox"/> オーダーメイド* <input type="checkbox"/> モジュラー方式*	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手押し型 ( <input type="checkbox"/> A (大車輪のあるもの) <input type="checkbox"/> B (小車輪だけのもの) ) <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式 <input type="checkbox"/> ティルト式 <input type="checkbox"/> 手動リフト式 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<b>※上記の機構等が必要な場合は、下欄「補装具製作にあたっての留意点」欄に理由を御記入ください。(記入必須)</b>		
処方内容	<input type="checkbox"/> バックサポート <input type="checkbox"/> アームサポート <input type="checkbox"/> フットサポート <input type="checkbox"/> レッグサポート	1 延長 2 張り調整式 3 高さ調整式 4 背折れ機構 5 枕交換 1 高さ調整式 2 角度調整式 3 跳ね上げ式 4 脱着式 5 拡幅 6 延長 1 前後調整 2 角度調整 3 左右調整 1 脱着式 2 挙上式 3 開閉挙上式 4 開閉・脱着式	
	付属品	<input type="checkbox"/> クッション (座面・背面) (背張り調整式バックサポートとの同時加算不可)	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置
		<input type="checkbox"/> ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの (座面・背面)	<input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式)
		<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組合せのもの (座面・背面)	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左)
		<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (座面)	<input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ
		<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (座面)	<input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用)
		<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (座面)	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左)
		<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート)	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品
		<input type="checkbox"/> クッションカバー	<input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ
	<input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品	<input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台	
	<input type="checkbox"/> シートベルト (腰・胸・股・その他 ( ))	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置	
	<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台	
	<input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左)	<input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架	
	<input type="checkbox"/> リフレクタ (夜光材・夜光反射板)	<input type="checkbox"/> 点滴ポール	
	<input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて)	<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台	
<input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左)	<input type="checkbox"/> ヒールトップ (踵留) (右・左)		
<input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等)	<input type="checkbox"/> アングルトップ (足留) (右・左)		
<input type="checkbox"/> その他 ( )			
補装具製作にあたっての留意点	<b>【オーダーメイドやリクライニング式機構等の理由について、身体的・社会的必要性など詳細に御記入ください。】</b>		
使用効果見込	<b>【 処方補装具使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。 】</b>		
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。

## 《参 考》

### 車椅子処方にあたっての留意事項

#### 〈オーダーメイド対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

#### 〈普通型対象者〉

原則として自力走行が可能か若しくはその可能性のある者

#### 〈片手駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、健肢に相当程度の握力があり、効果的に操作可能な者

#### 〈レバー駆動型対象者〉

片麻痺等により両上肢による操作が困難な者で、効果的に操作可能な者

#### 〈前方大車輪型対象者〉

肩関節等に運動制限・筋力低下等があり、普通型では十分な駆動力を得ることができない者

#### 〈リクライニング式対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
- 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
- 3 股関節拘縮や強直がある者

#### 〈ティルト式対象者〉

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等

#### 〈手動リフト式対象者〉

リフト式を使用することにより、車椅子への自力乗降が可能となる者

#### 〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・ゲルとウレタンフォームの組合せのもの
  - (1) 軽・中度の知覚障害がある者
  - (2) 皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 バルブを調節するだけで空気量を調節するもの・特殊な空気構造のもの  
感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待できない者
- 3 フローテーションパッド
  - (1) 高度の知覚障害がある者
  - (2) 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者

## 補装具費支給に関する意見書 (電動車椅子用)

※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				
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： )			
発生年月	年      月      日			
【身体寸法】	座位肘頭高			
身長	座位下腿長			
体重	座位臀幅			
座位腋下高	座底長			
座位腋下高	座底長			
現在の 障害部位 の状況	【 F I M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。】			
現在の 身体・ 活動 状況	感覚障害	( <input type="checkbox"/> 腰背部 <input type="checkbox"/> 臀部 ) <input type="checkbox"/> 脱失 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> なし		
	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 現在はないが過去にできたことあり <input type="checkbox"/> 過去・現在ともなし		
	臀部の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤、変色あり <input type="checkbox"/> 痩せており、骨の突出あり		
	立ち上がる	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	起立位保持	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> (つかまり・支え)にて可 <input type="checkbox"/> 不可		
	歩 行	<input type="checkbox"/> 屋外移動可 <input type="checkbox"/> 屋内 (階段・部屋間・部屋内・ベッド周囲) 歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可		
	車椅子への移乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可 <input type="checkbox"/> 全介助		
	座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 支持 (背部・頭部) があると可 <input type="checkbox"/> 不可		
車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 部分的に可 <input type="checkbox"/> 不可 ※ 自走可の場合→操作方法{両手・右手・左手・右足・左足} {室内のみ・室外も可}			

裏面に続く

様式2-7 (裏面)

<p>【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。</p>	
<p><input type="checkbox"/>普通型 <input type="checkbox"/>4.5 km/h <input type="checkbox"/>6 km/h</p>	
処方車椅子	<p><input type="checkbox"/>リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/>電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/>電動リフト式普通型</p> <p><input type="checkbox"/>電動テイルト式普通型 <input type="checkbox"/>電動リクライニング・テイルト式普通型 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
	<p><input type="checkbox"/>簡易型 <input type="checkbox"/>レディメイド <input type="checkbox"/>オーダーメイド (使用するフレーム構造: )</p> <p>※オーダーメイドの場合は、下欄「補装具製作にあたっての留意点」欄に理由を御記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>A切替式 <input type="checkbox"/>Bアシスト式 ( <input type="checkbox"/>ACサーボモーター式 )</p>
	<p>操作ノブ <input type="checkbox"/>標準 <input type="checkbox"/>握り <input type="checkbox"/>丸 <input type="checkbox"/>T字 <input type="checkbox"/>十字 <input type="checkbox"/>円盤 <input type="checkbox"/>U字 <input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
	<p>制御装置 <input type="checkbox"/>チンコントロール <input type="checkbox"/>フットコントロール <input type="checkbox"/>水平可動 <input type="checkbox"/>延長ハーネス</p>
	<p>スイッチ <input type="checkbox"/>レバー <input type="checkbox"/>ボタン <input type="checkbox"/>シーソー</p>
	<p><input type="checkbox"/>バックサポート <input type="checkbox"/>延長 <input type="checkbox"/>張り調整式 <input type="checkbox"/>高さ調整式 <input type="checkbox"/>背折れ機構 <input type="checkbox"/>枕交換</p> <p><input type="checkbox"/>アームサポート <input type="checkbox"/>高さ調整式 <input type="checkbox"/>角度調整式 <input type="checkbox"/>跳ね上げ式 <input type="checkbox"/>脱着式 <input type="checkbox"/>拡幅 <input type="checkbox"/>延長</p> <p><input type="checkbox"/>フットサポート <input type="checkbox"/>前後調整 <input type="checkbox"/>角度調整 <input type="checkbox"/>左右調整</p> <p><input type="checkbox"/>レッグサポート <input type="checkbox"/>脱着式 <input type="checkbox"/>挙上式 <input type="checkbox"/>開閉挙上式 <input type="checkbox"/>開閉・脱着式</p>
処方内容	<p>クッション</p> <p><input type="checkbox"/>クッション (座面・背面) <input type="checkbox"/>クッション滑り止め部品</p> <p><input type="checkbox"/>ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの (座面・背面)</p> <p><input type="checkbox"/>ゲルとウレタンフォームの組合せのもの (座面・背面)</p> <p><input type="checkbox"/>バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (座面)</p> <p><input type="checkbox"/>特殊な空気室構造のもの (座面)</p> <p><input type="checkbox"/>フローテーションパッド (座面)</p>
	<p>充電器</p> <p><input type="checkbox"/>内蔵 <input type="checkbox"/>外部充電器 ( <input type="checkbox"/>簡易型 )</p>
	<p>バッテリー</p> <p><input type="checkbox"/>マイコン内蔵型ニッカド電池 <input type="checkbox"/>マイコン内蔵型ニッケル水素電池 <input type="checkbox"/>リチウムイオン電池</p>
	<p><input type="checkbox"/>シートベルト (腰・胸・股・その他 ( ))</p>
	<p><input type="checkbox"/>テーブル</p>
	<p><input type="checkbox"/>リフレクタ 反射器 (夜光材・夜光反射板)</p>
	<p><input type="checkbox"/>ステッキホルダー (杖たて)</p>
	<p><input type="checkbox"/>転倒防止装置</p>
	<p><input type="checkbox"/>クライマーセット (段差乗り越え補助装置)</p>
	<p><input type="checkbox"/>スプークカバー (右・左・両側)</p>
<p><input type="checkbox"/>泥よけ (右・左・両側)</p>	
<p><input type="checkbox"/>屋外用キャスター</p>	
<p><input type="checkbox"/>転倒防止装置 (キャスター折りたたみ式)</p>	
<p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>	
<p><input type="checkbox"/>フロントサブホイール (溝脱輪防止装置)</p>	
<p><input type="checkbox"/>携帯用会話補助装置搭載台</p>	
<p><input type="checkbox"/>酸素ボンベ固定装置</p>	
<p><input type="checkbox"/>人工呼吸器搭載台</p>	
<p><input type="checkbox"/>栄養パック取付用ガードル架</p>	
<p><input type="checkbox"/>点滴ポール</p>	
<p><input type="checkbox"/>痰吸引器搭載台</p>	
<p><input type="checkbox"/>ヒールトップ (踵留) (右・左・両側)</p>	
<p><input type="checkbox"/>アングルトップ (足留) (右・左・両側)</p>	
<p><input type="checkbox"/>電動又は電磁式ブレーキ</p>	
<p>補装具製作にあたっての留意点</p>	<p>【オーダーメイドやリクライニング式機構等の理由について、身体的・社会的必要性など詳細に御記入ください。】</p>
<p>使用効果見込</p>	<p>【処方補装具使用により可能となる具体的動作等を御記入ください。】</p>
<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>作成医師氏名</p> <p>電話番号 ( )</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※ 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。)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】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)</p> <p>※ 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。</p>	

## 《参 考》 電動車椅子処方にあたっての留意事項

### 〈電動リクライニング式普通型対象者〉

- 1 頸髄損傷者で低血圧発作を起こしやすく、発作防止のため随時に仰臥姿勢をとる必要がある者
  - 2 リウマチ性の障害等により四肢・体幹に著しい運動制限があり、座位を長時間保持できないため、随時に仰臥姿勢をとることにより座位による生活動作を回復する必要のある者
  - 3 股関節拘縮や強直がある者
- 上記リクライニング式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力でのリクライニング操作が可能となる者

### 〈電動リフト式普通型対象者〉

手動リフト式車椅子の使用が困難な者で、当該車椅子の使用により自力乗降が可能となる者  
※ 自力乗降が可能な者であっても、日常生活や介護者の状況等を勘案し、真に必要と認められる場合は、交付対象となる場合がある。

### 〈電動ティルト式普通型対象者〉

脳性麻痺、頸髄損傷、進行性疾患等による四肢麻痺や、関節拘縮等により座位保持が困難な者であって、自立姿勢変換が困難な者等  
上記ティルト式の要件を満たし、この電動車椅子を使うことにより、自力での自立姿勢交換が可能となる者

### 〈オーダーメイド（簡易型）対象者〉

- 1 体格・体型が JIS 規格の既製品では適合しない者
- 2 障害者の身体状況に個別に対応することが必要な者

### 〈簡易型対象者〉

- 1 A切替式
  - (1) 平坦路は自走可能であるが、日常生活圏の坂路や悪路においては手動操作が著しく困難な者
  - (2) アシスト式を使用しても、手動による自走ができない者
- 2 Bアシスト式  
アシスト式を使用した場合に、手動による自走が可能となる者

### 〈クッション対象者〉

- 1 クッション・ポリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの・ゲルとウレタンフォームの組合せのもの
  - (1) 軽・中度の知覚障害がある者
  - (2) 皮膚が弱い、又は臀部の組織が薄いため必要とする者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者
- 2 バルブを調節するだけで空気量を調節するもの・特殊な空気構造のもの  
感覚喪失などがあり、他のクッションでは有効な効果が期待できない者
- 3 フローテーションパッド
  - (1) 高度の知覚障害がある者
  - (2) 皮膚が非常に弱くクッションでの対応が困難な者
  - (3) 上肢や体幹の障害のため自力での除圧が難しい者



様式 2 - 8 (裏面)

操作 上 利用可能な 身体能力	<input type="checkbox"/> 顔	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 首、頭	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 上肢	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> 下肢	部位		動作	
	<input type="checkbox"/> その他	部位		動作	
処方 補 装 具	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。			
	形式	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 生体現象方式 品名 ( )			
	必要とする 装 置	<input type="checkbox"/> 本体 <input type="checkbox"/> 固定台 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	入 力 装 置 ( ス イ ッ チ ) の 種 類	<input type="checkbox"/> 接点式 <input type="checkbox"/> 帯電式 ( <input type="checkbox"/> タッチ式 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部) <input type="checkbox"/> 筋電式 <input type="checkbox"/> 光電式 <input type="checkbox"/> 呼気式 (吸気式) <input type="checkbox"/> 圧電素子式 <input type="checkbox"/> 空気圧式 <input type="checkbox"/> 視線検出式 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
補装具製作に あ た っ て の 留 意 点					
使用効果見込	※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。

### 補装具費支給に関する意見書 (その他用)

※特例補装具については、各意見書に御記入ください。(特例補装具用の意見書ではありません。)  
 ※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 不相当      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	<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      月ごろ			
現在の 障害部位 の状況	【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2-9 (裏面)

<p>処方補装具名</p>	<p>【補装具費支給対象となるのは、原則1個です。】</p>
<p>製作区分</p>	<p><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。</p>
<p>補装具製作にあたっての留意点</p>	<p>【型式、採型・採寸区分、製作要素、完成用部品の指定等について御記入ください。】</p>
<p>使用効果見込</p>	<p>【処方補装具を装着・使用により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。</p>
<p>上記のとおり意見します。 年 月 日</p> <p>医療機関名 所在地 作成医師氏名 電話番号 ( )</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※ 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。)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等にに限る】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)</p> <p>※ 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。</p>	

### 補装具使用環境等調査書

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

氏 名		男・女		年 月 日生		歳		
補装具の使用経験	(種目： ) ( 年～ 年) (種目： ) ( 年～ 年) (種目： ) ( 年～ 年)							
	1 有→	今回の申請理由						
	2 無							
使用場所及び頻度	1 職場・学校	週	回	2 通勤・通学	週	回		
	3 通所施設	週	回	4 入所施設	週	回		
	5 通院	月・週	回	6 外出時	月・週	回		
	7 社会参加 (内容： )	月・週	回					
	8 その他 (具体的に )							
屋内屋外使用	1 屋内のみ 2 屋外のみ 3 屋内・屋外とも							
使用環境 (※移動系補装具のみ御記入ください。)	屋 内	住宅の形態	1 戸建 ( 階建) 2 集合住宅 ( 階) 3 施設等					
		住宅の改造	1 改造有 2 改造予定 ( 年 月) 3 改造していない 4 バリアフリー					
		使用可能場所	1 自室 2 居間 3 寝室 4 廊下 5 洗面所 6 トイレ 7 浴室 8 その他施設内部					
	屋 外	日常生活圏	本補装具を利用することで可能な行動半径 約 km					
		居住環境	1 住宅地 2 商店街 3 農村地帯 4 山間地帯					
		地形	1 平坦地 2 緩やかな起伏あり 3 起伏が激しい					
		道路の状況	交通量	1 多い 2 普通 3 少ない				
			路面	1 舗装 (全域) 2 一部舗装 3 未舗装 4 悪路				
			歩・車道の区分	1 あり (全域) 2 一部あり 3 なし (全域)				
			交通信号	1 あり 2 なし				
危険箇所	1 踏切 2 用水路・川 3 池 4 側溝 (蓋なし)							
保管場所	1 玄関 2 室内 3 物置 4 その他							
市町の意見								



補装具使用環境等調査書（施設等入所者車椅子用）

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

申請者氏名		男・女	年 月 日生	歳
介護保険等他法適用	1 可 2 不可 その理由 ( )			
退所等の見込み及び退所後の生活場所	退所見込	1 あり 時期 ( 年 月 頃) 2 なし		
	退所後の生活場所	1 自宅 2 施設 3 その他 ( )		
現在使用中の車椅子	1 施設（病院）所有 2 自己所有 3 その他 ( ) 4 なし			
車椅子の使用場所及び使用時間*	屋内での使用状況と使用時間		屋外での使用状況と使用時間	
補装具申請の経緯と理由	(施設備品で対応が困難な理由等についても御記入ください)			
市町の意見				

\*施設内での生活スケジュール（一日、一週間、一月）が分かるものがあれば、添付可。

## 補装具使用環境等調査書 (重度障害者用意思伝達装置用)

調査年月日	年 月 日
市 町 名	
調査担当者	

申請者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( ) 歳
障害名及び原因となった疾病・外傷名 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) (※病名告知の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 脳性麻痺(CP) <input type="checkbox"/> 高位頸髄損傷 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない ) 身障手帳：肢体不自由 ( ) 級、音声・言語機能障害 ( ) 級 【等級 ( ) 級】				
支援者状況	家族構成 ( ) 人、内訳： <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 ( ) 人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟 ( ) 人 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 他 ( ) 介助者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (主な介助者 ) 家族に機械やパソコンに詳しい人がいるか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( ) 保健師による定期的なサポート体制の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当者所属： 氏名： )			
誰に勧められたか	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 業者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
主治医	病院名： 診療科： 医師名：			
身体状況	知的障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 <input type="checkbox"/> 有 (程度 ) ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 聴覚障害 (聴力低下) の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 級) ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 音声・言語機能 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族等特定の人となら会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 視力、視野障害の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 級) ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 経管栄養 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 ) 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工呼吸器 (MV) の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に )			
現在のコミュニケーション方法について	【文字盤の使用】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 使用している場合の使用法 <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 目線を合わせる <input type="checkbox"/> 棒をくわえて指す <input type="checkbox"/> 瞬きをする <input type="checkbox"/> 舌を鳴らす <input type="checkbox"/> その他 ( ) 使用していない場合は何故か <input type="checkbox"/> 知らなかった <input type="checkbox"/> 以前は使用していた <input type="checkbox"/> その他 ( ) 以前使用していた場合：なぜ使用できなく (使用しなく) になったのか理由 ( )			
	【呼び鈴の使用】 <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用が困難になりつつある 使用中の場合： メーカー・機種 ( ) スイッチの種類 ( ) 使用が困難になりつつある場合： 今までどのようにスイッチを押していたか (具体的に ) どのように押せなくなったか (具体的に ) 使用場面 <input type="checkbox"/> 誰か (家族) を呼ぶとき <input type="checkbox"/> トイレの時 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	こちらの問いかけに対し、意思表示があるか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合どのように理解するか <input type="checkbox"/> 表情 (どこを動かすか： ) <input type="checkbox"/> 合図 (どこを動かすか： ) 他に動かすことができる身体部位 ( )			

様式3-4 (裏面)

使用目的	主に誰とコミュニケーションをとるのか、又はとりたいか ( ) 伝達内容として多いのはどんな内容か (具体的に ) 現在特に困っていることは何か ( )
使用場所	<input type="checkbox"/> 在宅( <input type="checkbox"/> 縁・ <input type="checkbox"/> 家・ <input type="checkbox"/> 船位等 階) <input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> 施設 (種別 )
希望機種及び選定理由	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機種名 ) ( 選定理由 )
他機種の使用経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (機種名 ) ( 問題点など )
意思伝達装置の試用状況及び評価情報	<input type="checkbox"/> 試用していない <input type="checkbox"/> 試用してみた (期間 年 月 日から 年 月 日まで) 本人の意思伝達装置の使用希望 <input type="checkbox"/> 大いにある <input type="checkbox"/> 試用したら使えそうなので使いたい <input type="checkbox"/> 興味があるが機械は苦手 <input type="checkbox"/> どちらかという消極的 (家族が希望) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 機械の操作に関する理解力 <input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 問題あり ( ) 使用時の姿勢 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング座位 <input type="checkbox"/> 臥位 ( <input type="checkbox"/> 仰臥位・ <input type="checkbox"/> 側臥位) 試用スイッチ：種類 ( )、設定方法 ( )、操作部位 ( ) 試用スイッチの入力操作 <input type="checkbox"/> スムーズ <input type="checkbox"/> 要練習 <input type="checkbox"/> 要再選定
使用効果見込	意思伝達装置の実用性 <input type="checkbox"/> 大いにある <input type="checkbox"/> 操作に慣れればある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> その他 ( )
備 考 (補装具支給後に残る課題などについて、参考となる事項を自由に記載してください。)	

調査協力者 (リハビリテーションの専門職等による評価がある場合)	病院名又は施設名 氏名 <input type="checkbox"/> PT (理学療法士) <input type="checkbox"/> OT (作業療法士) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------------------------------------	---

福祉事務所長 様  
市 町 長

静岡県身体障害者更生相談所長

## 補装具判定（適合判定）実施通知書

先に依頼のあった補装具判定について、下記のとおり判定（適合判定）日時等を決定したので、申請者及び申請者が製作を希望する補装具製作者あて通知するとともに、貴職担当者の出席を御配慮願います。

なお、当日申請者等が来所できない場合は、必ず当所まで御連絡ください。

## 記

申請者氏名	身体障害者手帳番号	補装具名	補装具製作者	判定日時	判定場所

- ※判定当日持参するもの
- ・身体障害者手帳
  - ・再支給（再製作・修理）の場合は現在使用中の補装具
  - ・適合判定の場合は製作した補装具

担 当  
電話番号

福祉事務所長 様  
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

## 補 装 具 判 定 書

年 月 日付け 第 号により依頼のあったこのことについては、下記のとおり判定します。

### 記

住 所		氏名	
障 害 名		等級	
医 学 的 判 定	現 症		
	意 見		
補 装 具 の 名 称 又 は 修 理 部 位			
補 装 具 の 処 方 及 び 工 作 的 所 見			
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日 ~ 年 月 日	
概 算 額		円	一月あたりの基準額 (借受けの場合) 円
補 装 具 使 用 に よ る 効 果 見 込			
総 合 判 定			

## 補装具処方箋

フリガナ 氏名	男・女	年 月 日生	歳
住所			
手帳 障害名		手帳障害等級	級
医 学 的 診 断	機能障害名：		
	原傷病名：		
	障害原因：先天性・後天性(外傷・戦傷・戦災・労災・交通・疾病・その他)		
	現 症：(全身所見、合併症、筋力テスト、ROM、ADL等)		
処 方 内 容 (新規・再製作・修理)			
医 学 的 診 断	総合評価：  年 月 日 判定医：静岡県身体障害者更生相談所		

静岡県身体障害者更生相談所

判定医師 医療機関名

氏名

印

## 適合判定意見書

補装具の適合判定について、下記のとおり意見します。

記

住 所			氏 名	
適合判定実施 日	年 月 日			
補装具の 名称又は 修理部位				
処方内容 との変更点	<input type="checkbox"/> 有（下記に記入） <input type="checkbox"/> 無			
	変更箇所		変更した理由	
使用者の 身体等との 適合状況	1 適合状況は良好である。 2 下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。			
指摘事項				
総合意見				

※ 判定医師は、当該補装具の「補装具費支給に関する意見書」を作成した医師であること。

※ 適合判定は、当該補装具が完成した後に実施すること。

様式8

第 号  
年 月 日

福祉事務所長 様  
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

## 適合判定確認書

先に判定を行った補装具費支給に係る補装具の適合判定については、下記のとおりです。

記

判定書番号	補装具の種目	氏 名	結 果

様式9

第 号  
年 月 日

福祉事務所長 様  
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

## 適 合 判 定 書

年 月 日付け 第 号の判定に係る補装具の適合判定については、  
下記のとおりです。

記

住 所		氏 名	
適合判定実施日	年 月 日		
補装具の 名称又は 修理部位			
処方内容 との変更点	変更箇所	変更した理由	
使用者の 身体等との 適合状況	1 適合状況は良好である。 2 下記の指摘事項はあるものの許容範囲であり、適合状況は概ね良好である。		
指摘事項			
総合判定			

様式10

第 号  
年 月 日

福祉事務所長 様  
市 町 長 様

静岡県身体障害者更生相談所長

## 技術的助言通知書

年 月 日付け 第 号で依頼のあった技術的助言については、下記のとおりです。

記

児 童 の 氏 名		年 齢	
児 童 の 住 所			
補装具費支給に関する意見書記載の補装具名及び型式			
借 受 け 期 間 (借受けの場合)	年	月	日 ~ 年 月 日
技 術 的 助 言			

特例補装具に関する理由書

診 査 日	年 月 日		
氏 名		住 所	
補 装 具 の 名 称		補 装 具 の 型 式	
障 害 者 ( 児 ) の 状 況	( 1 ) 身体の状況		
	( 2 ) 日常生活 ( 家庭生活 ・ 社会生活 ) の状況		
特 例 補 装 具 が 必 要 な 理 由	( 1 ) 特例補装具の特徴		
	( 2 ) 特例補装具による効用 ・ 基準内の補装具による支障		
総 合 意 見			
<p>上記のとおり、真にやむを得ない理由により特例補装具費支給が必要である。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">名 称 所在地 氏 名</p> <p>静岡県身体障害者更生相談所長 様 <span style="float: right;">印</span></p>			

補装具費支給意見書（難病等）

診査日	年 月 日		
氏 名		生年 月 日	年 月 日
障害名及び原因となった疾病・外傷名			
<p>※総合支援法施行令に規定する特殊の疾病（難病等）に該当すること</p>			
障害・疾患等の状況（身体症状等の変動状況や日内変動等について御記入ください。）			
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	使用効果見込み （補装具を必要と認める理由・効果が明確となるよう御記入ください。）		
上記のとおり補装具費支給が必要である。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科名 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記載することができません。） <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。

補装具借受けに係る意見書

氏名		男・女	生年 月日	年 月 日	歳
住所					

判定を依頼する補装具 [  で囲む ] (網掛けは完成用部品のみ対象)

義肢	装具	座位保持装置	重度障害者用 意思伝達装置	歩行器	座位保持椅子
----	----	--------	------------------	-----	--------

借受けが必要と認める理由

<input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、短期間で補装具等の交換が必要であると認められる。 <input type="checkbox"/> 障害の進行により、補装具の短期間の利用が想定される。 <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、複数の補装具等の比較検討が必要であると認められる。
--

借受けによる 使用効果見込	
借受けが必要と 認める期間	年 月 日～ 年 月 日

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記載することができません。)

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】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。

第 号  
年 月 日

様  
(身体障害者手帳 第 号)

福祉事務所長 ⑩  
市 町 長 ⑩

## 判 定 通 知 書

先に申請のあった については、身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）の必要がありますので、下記により判定を受けてください。

なお、当日は本書を持参し提示してください。

また、当日都合がつかない場合は、必ず下段の連絡先へ御連絡ください。

### 記

- 1 判定日時 年 月 日 ( ) 受付時間 時～ 時
- 2 判定場所
- 3 判定事項
- 4 留意事項 (1) 必ず本人が判定に出向いてください。  
(2) 判定に持参するもの
  - ・身体障害者手帳
  - ・補装具費再支給（再製作・修理）の場合は、現在使用中の補装具

〈案内図〉

担 当 ○○市町○○○○課  
電話番号

補装具製作業者 様

福祉事務所長 ㊟  
市 町 長 ㊟

## 判 定 通 知 書

下記の者が、貴社での補装具製作・修理を希望しています。  
つきましては、下記の日程により身体障害者更生相談所の専門的判定（適合判定）を行いますので、当日の立会い及び見積をお願いします。

記

申請者氏名	住 所	希望する補装具の種類	判定日時	判定場所

\* 適合判定の場合は、製作した補装具及び「補装具費支給券」を持参してください。

担 当 ○○市町○○○○課  
電話番号

別 表

補装具種目別判定区分一覧表

種 目	身体障害者更生相談所の 判 定 を 要 す る				市町の判断で 支 給 決 定
	新規	再支給	修理	借受け	
義 肢	○	☆2・3	☆2・3	☆6	
装 具	○	☆3	☆3	☆6	
座位保持装置	○	☆3	☆3	☆6	
補 聴 器	○	☆3	☆1・3		
車 椅 子	オーダーメイド	○	☆3	☆1・3	
	レディメイド				☆4
電 動 車 椅 子	○	○	☆1・3		
重度障害者用意思伝達装置	○	☆3	☆1・3	☆6	
歩 行 器				☆7	☆4
歩行補助杖					☆4
盲人安全杖					☆4
義 眼					☆4
眼 鏡					☆4
座位保持椅子				☆7	☆4・5
起立保持具					☆4・5
頭部保持具					☆4・5
排便補助具					☆4・5

\*身体障害児の場合は、「判定」を「技術的助言」と読み替える。

\*難病患者等は、原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとする。

注意) 義肢、装具、座位保持装置及び電動車椅子の新規支給については来所判定により行い、補聴器、車椅子（オーダーメイド）及び重度障害者用意思伝達装置の新規支給については書類判定により行う。

ただし、来所判定が必要な種目のうち、電動車椅子以外は書類判定で行う場合がある。

なお、更生相談所で判定した種目を再支給（修理を含む。）するにあたり、下記のいずれかに該当する場合は、新規支給の場合に準じて更生相談所の判定を必要とする。

- (1) 障害状況に変化のある場合
- (2) 障害者本人が処方内容の変更を希望する場合

- (3) 補装具の性能に変化がある場合
- (4) 電動車椅子を再支給する場合
- (5) 特例補装具を再支給する場合
- (6) 2個交付している補装具を再支給する場合

☆1 補装具を製作した後に、下記の付属品を別途支給（修理は除く）する場合は、更生相談所の書類判定を必要とする。

- (1) 補聴器のイヤーマールド
- (2) 車椅子又は電動車椅子のクッション・シートベルト・テーブル等
- (3) 重度障害者用意思伝達装置の入力装置(スイッチ類)

☆2 骨格構造義肢の再製作及び修理について、型式や使用する完成用部品に変更がある場合は、更生相談所の判定を要する。

☆3 医学的判定が必要ないと認められる場合において、下記の場合は、市町の判断で支給決定ができる。

- (1) 現在使用している補装具と全く同じ補装具を再支給する場合
- (2) 軽微な修理をする場合

☆4 市町の判断で支給決定して差し支えない補装具について、2個交付及び特例補装具の支給（再支給を含む）をする場合は、更生相談所の判定を必要とする。

☆5 対象は身体障害児に限る。

☆6 義肢、装具、座位保持装置は完成用部品に限る。また重度障害者用意思伝達装置については本体に限る。

☆7 市町が更生相談所の判定を希望する場合に限る。

<参考>

更生相談所判定に係る必要書類一覧表

	判定 (技術的助言) 依頼書	身体障害者更生指導台帳 (写)	補装具費支給に関する意見書	見積書 (写)	仕様書 (採寸表又は外形図等)	補装具使用環境等調査書	カタログ等 (製品の詳細がわかるもの)	特例補装具に関する理由書	補装具借受けに係る意見書
義肢	◎	◎	◎	◎	△	○●	○	○	○
装具	◎	◎	◎	◎	△	○●	○	○	○
座位保持装置	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○	○
補聴器	◎	◎	◎	◎	△	◎	○	○	△
車椅子 (オーダーメイド)	◎	◎	◎	◎	◎	○●	○	○	△
電動車椅子	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	△
重度障害者用意思伝達装置	◎	◎	◎	◎	△	◎	◎	○	○

- ※ 1 ◎は必ず提出するもの、○は特例補装具に該当する場合又は必要に応じて提出するもの、●は2個交付(2個同時を含む)の場合に提出するものである。
- 2 入院又は入所している障害者の車椅子について判定を依頼する場合には、「補装具使用環境等調査書」を提出すること。
- 3 「身体障害者更生指導台帳(写)」は、過去の補装具交付履歴がわかるものであること。
- 4 難病患者等の補装具費支給については、原則、身体障害者・児の手続きに準ずるものとするが、「補装具費支給意見書(難病等)」(様式12)・「補装具使用環境等調査書」を必ず提出すること。