

補装具費支給についての意見書
(姿勢保持装置用)

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	発生年月日 年 月 日 最終診察日 年 月 日 <small>*障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する□しない)</small>					
経過 現症 姿勢保持困難な 状況を具体的に	<small>注: 下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。</small>					
姿勢 保持 裝置 処方箋	<small>[基本価格]</small> 頭・頸部(採寸・採型) / 上肢(採寸・採型 右・左) / 体幹部(採寸・採型) 骨盤・大腿部(採寸・採型) / 下腿・足部(採寸 右・左)					
	<small>[製作要素価格]</small> <支持部> 頭部(頭部支え) 上肢(上肢支え 右・左) (前腕、手部支え 右・左) 体幹部(平面形状型・モールド型・張り調整型) 骨盤・大腿部(平面形状型・モールド型・張り調整型) 下腿部(下腿支え 右・左) / 足部(足台 右・左) フレックス構造					
	<支持部の連結> 固定(頸部・腰部 右・左) / 膝部 右・左 / 足部 右・左) 遊動(腰部 右・左) / 膝部 右・左 / 足部 右・左) 角度調節用部品(機械式・ガス圧式・電動式)					
	<構造フレーム> (木材・金属・車椅子 <u>※車椅子の場合は2枚目へ詳細をご記入ください</u>)					
	<調節機構> ()					
	<付属品> カットアウトテーブル(クッション張り・テーブル取付部品) 上肢保持部品() 体幹保持部品() 骨盤保持部品() 下腿保持部品() ベルト部品()					
	支持部カバー(頭部・上肢・体幹部・骨盤・大腿部・下腿部・足部) 体圧分散補助素材(頭部・上肢・体幹部・骨盤・大腿部・下腿部・足部) キャスター(標準・多機能) 内張り(アームレスト右・左) その他()					
	[完成用部品] ()					
	上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 診療担当科 医師名					

※ 該当するものを○で囲み、必要事項を記入すること。

補装具費支給についての意見書

※ (車 椅 子 用)

氏 名		生年月日	年 月 日 生						
車椅子の型式									
車椅子の処方									
借受けの場合使用期間 ()									
支 給 を 必 要 と す る 理 由	<p>(右記の付属品を必要とする場合は、必要な理由や本人の状況を記載してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・搭載台 (携帯会話補助装置) (人工呼吸器) (喀痰吸引器) (理由) ・酸素ボンベ固定装置 (理由) ・点滴ポール (理由) ・栄養パック取り付け用ガードル架 (理由) ・日よけ ・雨よけ (理由) 								
<p>上記のとおり診断する。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">年 月 日</td> <td style="width: 50%;">医療機関名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>診療担当科</td> </tr> <tr> <td></td> <td>医 師 名</td> </tr> </table>				年 月 日	医療機関名		診療担当科		医 師 名
年 月 日	医療機関名								
	診療担当科								
	医 師 名								

※ 本人の状態像、補装具の処方について、できるだけ具体的にご記入ください。