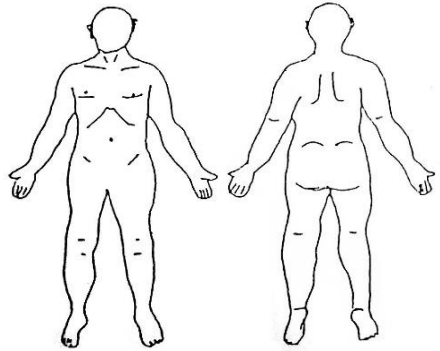


姿勢保持装置 補装具費支給意見書・処方票

氏 名		男 女	生年月日	年 月 日 生	歳	
医学的所見	障害及び原傷病名又は疾病名	身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。				身長・体重
						(cm) (kg)
主な使用場所		屋内	屋外	屋内外	職業(具体的に)	
障害の状況	(注:当該補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。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、その他の所見に記載してください。)					
	運動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弛緩性麻痺 <input type="checkbox"/> 痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 固縮 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 振戦 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> その他()			(図示すること) 運動障害 感覚障害 切離断 拘縮 ○ 変形 ×	
	感覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 感覚脱失 <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 感覚過敏				
	変形・拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 :)				
	歩行能力	<input type="checkbox"/> 歩行不能 <input type="checkbox"/> 杖・装具等()使用し (m)歩行可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行可能 (m)				
	握 力	右 (kg) 左 (kg)				
	定 頸	(抗重力位で) <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安定(支持が必要)				
	手動車椅子の操作	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 辛うじて自力にて可能 <input type="checkbox"/> 不可				
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可能 <input type="checkbox"/> 一部介助にて可能 <input type="checkbox"/> 全介助				
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】				
		側 彎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (側彎の角度 : 度)			
		※側彎の状態により完成用部品を必要とする場合は、上記に側彎の角度と、座位の機能状態等を詳しく記載して下さい。				
		座 位 保 持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 背部支持があると可能 <input type="checkbox"/> 自力にて可能			
		立 位 保 持	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 支持があると可能 <input type="checkbox"/> 自力にて可能			
	立 ち 上 が り	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 介助があると可能 <input type="checkbox"/> 自力にて可能				
	褥 瘡	<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				
	その他の所見					
	操作能力等	※ 構造フレームに電動車椅子を使用する場合に記入すること				
視 力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
視 野		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
聴 力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 障害あり() → 安全走行に { 支障なし 支障あり }				
認知能力		操作理解 : 可能・困難・不明		交通規則理解 : 可能・困難・不明		
操作方法		<input type="checkbox"/> 上肢 → { 右・左 } <input type="checkbox"/> 下肢 → { 右・左 } <input type="checkbox"/> その他 → { }				
操作経験		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用中 (年・月) <input type="checkbox"/> 過去にあり (期間 :)				
操作能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
使用効果	(使用により可能となることが見込まれる活動等、再製作の場合は理由等を記載して下さい)					
事項記						



姿勢保持装置 処方内容

※該当する項目は全て、レ印または○をつけて下さい。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○を付けて下さい。

価 基 格 本	<input type="checkbox"/> 頭・頸部 (採寸・採型)	<input type="checkbox"/> 上肢 (左・右) (採寸・採型)	<input type="checkbox"/> 体幹部 (採寸・採型)	
	<input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 (採寸・採型)	<input type="checkbox"/> 下腿・足部 (左・右) (採寸)		
製 作 要 素	支 持 部	頭 部	<input type="checkbox"/> 頭部支え	<input type="checkbox"/> フレックス構造
		上肢 (片側)	<input type="checkbox"/> 上肢支え(左・右) <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え(左・右)	<input type="checkbox"/> フレックス構造
		体幹部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型	<input type="checkbox"/> フレックス構造
		骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型	<input type="checkbox"/> フレックス構造
		下腿部(片側)	<input type="checkbox"/> 下腿支え(左・右)	<input type="checkbox"/> フレックス構造
		足部(片側)	<input type="checkbox"/> 足台(左・右)	
	支 持 部 の 連 結	固 定	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部(左・右) <input type="checkbox"/> 膝部(左・右) <input type="checkbox"/> 足部(左・右)	
		遊 動	<input type="checkbox"/> 腰部(左・右) <input type="checkbox"/> 膝部(左・右) <input type="checkbox"/> 足部(左・右)	
		角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 機械式(×) <input type="checkbox"/> ガス圧式(×) <input type="checkbox"/> 電動式(×)	
	構 造 フ レ ー ム		<input type="checkbox"/> 木製・金属 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> 昇降機構 <input type="checkbox"/> 完成用部品を使用 ※次項に部品名を記入 <input type="checkbox"/> ※車椅子(自走用・介助用) <input type="checkbox"/> ※電動車椅子(標準形・簡易形) ※構造フレームに車椅子又は電動車椅子を使用する場合は、別途様式例A-3附票の1「姿勢保持装置(構造フレームに車椅子を使用する場合)処方内容」又は様式例A-3附票の2・3「姿勢保持装置(構造フレームに電動車椅子を使用する場合)処方内容」を添付すること。	
付 属 品	カットアウトテーブル	<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル <input type="checkbox"/> 表面クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品		
	上肢保持部品	<input type="checkbox"/> アームサポート(左・右) <input type="checkbox"/> 肘パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 縦型グリップ(左・右) <input type="checkbox"/> 横型グリップ(左・右)		
	体幹保持部品	<input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール		
	骨盤保持部品	<input type="checkbox"/> 骨盤パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 殿部パッド <input type="checkbox"/> 体幹パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 腰部パッド		
	下肢保持部品	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 外転防止パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 膝パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド(左・右)		
	ベルト部品	<input type="checkbox"/> 肩ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 腕ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 手首ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 骨盤ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> 大腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 膝ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 下腿ベルト(左・右) <input type="checkbox"/> 足首ベルト(左・右)		
	支持部カバー	<input type="checkbox"/> 頭部(脱着) <input type="checkbox"/> 上肢(左・右)(脱着) <input type="checkbox"/> 下腿部(左・右)(脱着) <input type="checkbox"/> 足部(左・右)(脱着)		
		<input type="checkbox"/> 体幹部 (平面形状型・モールド型・張り調整型)(脱着) <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 (平面形状型・モールド型・張り調整型)(脱着)	<input type="checkbox"/> 防水加工	
	内張り	<input type="checkbox"/> アームサポート(左・右) <input type="checkbox"/> テーブル		
	体圧分散補助素材	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部(左・右) <input type="checkbox"/> 足部(左・右)		
	キャスト	<input type="checkbox"/> 標準キャスト(×) <input type="checkbox"/> 多機能キャスト(×)		
	その他	<input type="checkbox"/> 介助用グリップ(右・左) <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座		
調 節 機 構	高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部(左・右) <input type="checkbox"/> アームサポート(左・右)		
	前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 足部(左・右)		
	角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> テーブル		
	脱着機構	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(左・右) <input type="checkbox"/> 膝パッド(左・右)		
		<input type="checkbox"/> アームサポート(左・右) <input type="checkbox"/> 内転防止パッド		
開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート(左・右) <input type="checkbox"/> 足部(左・右)			

※)完成用部品を使用する場合は、次項に部品名と必要な理由を必ず記載してください。

次項へ続く

完成用部品を使用する場合は、部品名と当該部品を必要とする理由を下記にご記入下さい。

※姿勢保持装置は、「補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準」において、制作要素価格及び完成用部品によりそれぞれ必要な材料・部品を選択し、組み合わせて製作することとなっていますが、補装具費は公費で支給されるものであることから、制作要素価格よりも高い価格の完成用部品を使用する場合は、当該完成用部品の必要性を明確にする必要があり、その使用が適正・妥当であるかを慎重に判断する必要があります。よって、制作要素価格よりも高い価格の完成用部品の使用を希望する場合には特に、その必要性をできるだけ詳しく教えて下さい。なお、当該完成用部品を使用するほどの必要性はないと判断される場合は、制作要素価格(オーダーメイド)での作製をお願いすることになりますことをご了承下さい。

使用する完成用部品名		当該部品を必要とする理由 ※部品ごとに必要性をご記入下さい。
支持部		
支持部ベース		
支持部調整用部品		
身体保持部品		
構造フレーム		
継手部品		<input type="checkbox"/> 適宜、適切なアライメントに調整する必要があるため <input type="checkbox"/> 強い緊張や不随意運動により他の継手では強度が不足するため <input type="checkbox"/> その他()
固定金具部品 その他		<input type="checkbox"/> ベルト等の固定力を増すために必要 <input type="checkbox"/> 構造フレームとシーティングユニットを結合させるため <input type="checkbox"/> その他()

上記のとおり意見する。	年 月 日
医療機関名	確認者
診療科目名	
医師氏名	
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> その他()	職氏名

※ 完成用部品を使用しない場合は、医師サイン欄のみご記入下さい。
 ※ 欄に入りきらない場合は、別紙に記載して添付して下さい。