様式例Ａ－３

座位保持装置　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

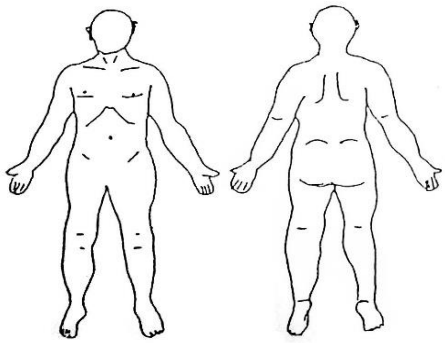
医学的所見	障害及び原傷病名又は疾病名	身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載して下さい。	身長・体重
			（　　cm） （　　kg）

主な使用場所	屋内　　屋外　　屋内外	職　業（具体的に）	

（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。）

障害の状況		
	運動障害	☐ なし　☐ 弛緩性麻痺　☐ 痙性麻痺　☐ 固縮 ☐ 不随意運動　☐ 振戦　☐ 運動失調 ☐ その他（　　）
	感覚障害	☐ なし　☐感覚脱失　☐感覚鈍麻　☐ 感覚過敏
	変形・拘縮	☐ なし ☐ あり（ 部位 ：　　）
	歩行能力	☐ 歩行不能 ☐ 杖・装具等（　　）使用し（　　m）歩行可能 ☐ 伝い歩き　☐ 歩行可能（　　m）
	握　　力	右（　　kg ）　左（　　kg ）
	定　　頸	（抗重力位で）☐ 良好　☐ 不安定（支持が必要）
	手動車椅子の操作	☐ 自力にて可能　☐ 辛うじて自力にて可能　☐ 不可
	移　　乗	☐ 自力にて可能　☐ 一部介助にて可能　☐ 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	☐ なし　☐ 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	☐ 不可　☐ 背部支持があると可能　☐ 自力にて可能
	立　位　保　持	☐ 不可　☐ 支持があると可能　☐ 自力にて可能
	立　ち　上　が　り	☐ 不可　☐ 介助があると可能　☐ 自力にて可能
	褥　　瘡	☐ あり　☐ 現在はないが過去にできたことあり　☐ 過去・現在ともなし
	その他の所見	

（図示すること）
運動障害　感覚障害
切離断　拘縮○　変形×



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	☐ 問題なし　☐ 障害あり（　　）→ 安全走行に｛ 支障なし　支障あり ｝
	視　　野	☐ 問題なし　☐ 障害あり（　　）→ 安全走行に｛ 支障なし　支障あり ｝
	聴　　力	☐ 問題なし　☐ 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	☐ 上肢 →｛ 右・左 ｝　☐ 下肢 →｛ 右・左 ｝　☐ その他 →｛　　｝
	操作経験	☐ なし　☐ 使用中（　　年・月 ）　☐ 過去にあり（期間 ：
	操作能力	☐自立　☐要支援　☐半介助　☐全介助

使用効果見込	（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）
特記事項	

次項へ続く

様式例A－3

座位保持装置　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。

基本価格			□ 頭・頸部 （採型 ・ 採寸）　□ 上肢 （右・左）（採型・採寸）　□ 体幹部 （採型・採寸） □ 下腿・足部（右・左）（採型・採寸）　□骨盤・大腿部 （採型・採寸）
製作要素	支持部	頭　部	□頭部支え　□ フレックス構造
		上肢（片側）	□上肢支え（ 右・左 ）　□前腕・手部支え（ 右・左 ）　□ フレックス構造
		体幹部	□平面形状型　□モールド型　□シート張り調節型　□ フレックス構造
		骨盤・大腿部	□平面形状型　□モールド型　□シート張り調節型　□ フレックス構造
		下腿部（片側）	□下腿支え（ 右・左 ）　□ フレックス構造
		足部（片側）	□足台（ 右・左 ）
	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 ）
		角度調整部品	□機械式（×　）　□ガス圧式（×　）　□電動式（×　）
	構造フレーム		□木製・金属　□ティルト機構　□昇降機構　□完成用部品を使用 ※次項に部品名を記入 □※車椅子（　型）　□※電動車椅子（　型） ※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「座位保持装置（車椅子フレーム）付属品等処方票」又は様式例A-3附票の2「座位保持装置（電動車椅子フレーム）付属品等処方票」を添付すること。
付属品	カットアウトテーブル		□カットアウトテーブル　□表面クッション張り
	上肢保持部品		□アームレスト(右・左）　□肘パッド(右・左）　□縦型グリップ（ 右・左 ）　□横型グリップ（ 右・左 ）
	体幹保持部品		□肩パッド（ 右・左 ）　□胸パッド　□胸受けロール　□体幹パッド（ 右・左 ）　□腰部パッド
	骨盤保持部品		□骨盤パッド（ 右 ・左 ）　□臀部パッド
	下肢保持部品		□内転防止パッド　□外転防止パッド（ 右・左 ）　□膝パッド（ 右・左 ） □下腿保持パッド（ 右・左 ）　□足部保持パッド（ 右・左 ）
	ベルト部品		□肩ベルト（ 右・左 ）　□腕ベルト（ 右・左）　□手首ベルト（ 右・左 ）　□胸ベルト □骨盤ベルト　□股ベルト（ 右・左 ）　□大腿ベルト（ 右・左）　□膝ベルト（ 右・左 ） □下腿ベルト（ 右 ・左 ）　□足首ベルト（ 右・左 ）
	支持部カバー		□頭部（脱着）　□上肢（右・左）（脱着）　□下腿部（右・左）(脱着）　□足部（右・左）（脱着） □体幹部 （ 平面形状型 ・ モールド型 ・ シート張り調節型 ）（脱着） □骨盤・大腿部 （ 平面形状型 ・モールド型 ・ シート張り調節型 ）（脱着）
	内張り		□アームレスト（ 右 ・ 左 ）　□テーブル
	体圧分散補助素材		□頭部　□上肢（ 右・左 ）　□体幹部　□骨盤・大腿部　□下腿部（ 右・左 ）　□足部（ 右・左 ）
	キャスター		□標準キャスター（×　）　□多機能キャスター（×　）
	その他		□介助用グリップ（ 右・左 ）　□ストッパー　□高さ調整用台座
調節機構	高さ調節		□頭部　□体幹部　□骨盤・大腿部　□足部（ 右・左 ）　□アームレスト（ 右・左 ）
	前後調節		□頭部　□骨盤・大腿部　□足部（ 右・左 ）
	角度調節		□頭部　□テーブル
	脱着機構		□ 体幹パッド（ 右 ・左 ）　□ 骨盤パッド（ 右 ・左 ）　□ 膝パッド（ 右 ・左 ） □アームレスト（ 右 ・左 ）　□内転防止パッド
	開閉機構		□アームレスト（ 右 ・左 ）　□足部（ 右 ・左 ）

※）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

様式例Ａ－３

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。

※座位保持装置は、身体状況に合わせてオーダーメイドで作製することが基本です。また、補装具は公費で支給されるものであることから、既製品であり、かつ高額な完成用部品を使用する場合には特に、当該部品の必要性を明確にする必要があります。オーダーメイドではどのような理由で対応できないのか、なぜ希望する完成用部品を使用しなければならないのか、といった点をできるだけ詳しく教えて下さい。なお、オーダーメイドでも対応できると判断される場合等は、オーダーメイドでの作製等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		□適宜、適切なアライメントに調整する必要があるため □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 □その他（　　）
固定金具部品その他		□ベルト等の固定力を増すために必要 □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 □その他（　　）

上記のとおり意見、処方する。　　所　在　地

年　月　日　　医療機関名

医師氏名

（適合確認）　　確　認　者

年　月　日

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。