

補装具費支給要否意見書(体幹装具)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳
住所					
障がい名					
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障がいの状況	【歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記入すること】				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 頸椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし			
	<input type="checkbox"/> 胸椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 腰椎装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 仙腸装具	A 金属枠 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし			
	<input type="checkbox"/> 側彎矯正装具	A ミルウォーキーブレイス B 頭部に及ばないもの → 1 金属枠 2 硬性 → <input type="checkbox"/> 不燃性セルロイド <input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック 3 軟性(帯状のものを含む)			
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等
採型・採寸		A 採型 B 採寸
支 持 部	頸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし
	胸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性
	腰椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性
	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし
	骨盤支持部	A 皮革(補強材を含む) B モールド(熱可塑性樹脂) ヘルピックガードル
付 属 品	体幹装具用	A 高さ調節 B ターンバックル式 C 腰部継手 D バタフライ E 肩バンド F 会陰ひも G 腹圧強化バンド
	側彎矯正装具用	A 胸椎パッド B 腰椎パッド C ショルダーリング D 腋窩パッド E アウトリガー F 前方支柱 G 後方支柱 H 側方支柱 I ネックリング J 胸郭バンド(プラスチック製)
	内 張 り	A 頸椎支持部 B 胸椎支持部 C 腰椎支持部 D 仙腸支持部
	※ 高さ調整は、頸椎装具についてのみ加算することができる。	
※ バタフライについては、モールド又はフレームの場合にのみ加えることができる。		
完成用部品		
<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>診療科名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

(H28.06)

【記入上の留意事項】

- 1 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が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項