

## 補装具費支給意見書等様式集

- ① 補装具費支給（修理）意見書・処方箋・・・・・・・・・・様式 2－1  
（義手用、義足用、装具用、歩行器等）
- ② 補装具費支給・修理意見書・処方箋（車椅子用）・・・・・・・・・・様式 2－2
- ③ 補装具費支給意見書（眼鏡等用）・・・・・・・・・・様式 2－3
- ④ 補装具費支給意見書（補聴器用）・・・・・・・・・・様式 2－4
- ⑤ 耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）・・・・・・・・参考様式
- ⑥ 人工内耳用音声信号処理装置 確認票・・・・・・・・・・参考様式
- ⑦ 内部障害者用車椅子支給（修理）意見書・・・・・・・・・・様式 2－5
- ⑧ 電動車椅子支給調査書・・・・・・・・・・様式 3
- ⑨ 補装具費支給意見書（電動車椅子用）・処方箋・・・・・・・・・・様式 3－2
- ⑩ 電動車椅子操作能力等調査票・・・・・・・・・・様式 3－3
- ⑪ 特例補装具支給理由書・・・・・・・・・・様式 4
- ⑫ 重度障害者用意思伝達装置意見書・処方箋・・・・・・・・・・様式 5
- ⑬ 姿勢保持装置・車載用姿勢保持装置支給（修理）意見書・処方箋・・様式 9

※ ⑤耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）及び⑧電動車椅子支給調査書は、市町担当者記載様式です。

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用） (1/2 ページ)

氏名	年 月 日 生 ( 歳 )
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。(病歴、全身所見、合併症、ADL等) ※断面の状態も記載する。修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必 要 と 認 め る 補 装 具	補装具の種目, 名称 (左右を明記)
	(現在使用中の補装具名「 _____ 」) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載する。
	処 方 _____ 次頁処方箋のとおり
	使用効果見込み (注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。) ・介助が不要となる ・食事 ・装飾的効果 ( _____ その他 _____ 具体的動作 _____ )
上記のとおり意見、処方する  年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名	

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

# 補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用）

（2/2 ページ）

氏名			生年 月日	年 月 日 ( ) 歳	
住所				TEL	
医学的 所見	疾患名	切断部位 左 右		職業	(具体的に)
	障害名	断端長 _____ cm			
種目	殻構造・骨格構造	採型区分	A - ( )	種目名称別コード	
名称	1. 肩義手用 2. 上腕義手用 3. 肘義手 4. 前腕義手 5. 手義手 6. 手部義手 7. 手指義手	型式・基本価格 1. 能動式 2. 電動式 3. その他 <input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用	加算	1. 肩甲胸郭間切断用 2. 吸着式 3. 頸上懸垂式 4. スプリットソケット 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明チェックソケット	

**【製作要素】**

	ソケット		支持部	殻構造		骨格構造	
	1. 皮革 2. 熱硬化性樹脂 3. 熱硬化性樹脂(電動式) 4. 熱可塑性樹脂 5. 熱可塑性樹脂(電動式)	インサート ソフト		1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂	1. 能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 2. 電動式 <input type="checkbox"/> 上腕部 3. その他 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 手部  <input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用	
義手用ハーネス	1. 肩義手用      a. 胸郭バンド式肩ハーネス一式 b. 肩たすき一式 2. 上腕義手用    3. 肘義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 b. 肩たすき一式              c. 8字ハーネス一式 4. 前腕義手用    5. 手義手用      6. 手部義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 b. 8字ハーネス一式 c. 9字ハーネス一式 d. たわみ継手(一組) e. Yストラップ f. 上腕カフ(三頭筋パッド)		外装	<input type="checkbox"/> 肩部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 上腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装		<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用	
断端袋	1. 上腕用 2. 前腕用						

**【完成用部品価格】**

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無)

処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適合判定	年 月 日	

補装具費支給(修理)意見書・処方箋(義足用)

氏名	年 月 日 生 ( 歳 )
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。(病歴、全身所見、合併症、ADL等) ※断端面の状態も記載する。修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必要と認めらる補装具	補装具の種目, 名称 (左右を明記)
	(現在使用中の補装具名「 」) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載する。
	処 方 次頁処方箋のとおり
	使用効果見込み (注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。) ・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩 行 ・介助が不要となる ・装飾的効果 ( その他 具体的動作等 )
上記のとおり意見、処方する	
年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

# 補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義足用）

（2/2 ページ）

氏 名	生年 月 日	年 月 日 ( ) 歳		
住 所	TEL			
医学的 所 見	疾患名 障害名	切 断 左 右 cm 職 業 (具体的に)		
種 目	殻構造・骨格構造	採型区分 B - ( )		
名称・型式	殻構造		骨格構造	
	1. 股義足			
	2. 大腿義足	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式	
	3. 膝義足	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式	
	4. 下腿義足	a. 差込式 b. PTB 式 c. PTS 式 d. KBM 式 e. TSB 式	a. 差込式 b. PTB 式 c. PTS 式 d. KBM 式 e. TSB 式	
	5. サイム義足			
	6. 足根中足義足	a. 足袋式 b. 下腿部支持式		
	7. 足趾義足			
基本価格	1. 差込式 2. ライナー式 3. 吸着式 4. PTB 式 5. PTS 式	6. KBM 式 7. TSB 式 8. 有窓式 9. 足袋式 10. 下腿部支持式	加算	1. 片側骨盤切断用 2. 短断端切断用キャップシャフト 3. 坐骨収納型ソケット 4. 大腿支柱付き 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコーン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック

【製作要素】

ソケット	1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 3. 木製 4. 皮革  <input type="checkbox"/> エアクッションソケット <input type="checkbox"/> カーボンストッキネット <input type="checkbox"/> 下腿部支持式	インサート ソフト	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂 4. 皮革・フェルト 5. シリコーン	支持部	殻構造義肢		骨格構造義肢		
			1. 股部 2. 大腿部 3. 下腿部 4. 足部  <input type="checkbox"/> 土台修正 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用		1. 股部 2. 大腿部 3. 下腿部 4. 足部  <input type="checkbox"/> 土台修正	1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用			
義足懸垂用部品	1. 股義足用 a. 懸垂帯一式 2. 大腿義足用 a. シンジアバンド一式 c. 腰バンド 4. 下腿義足用 a. 腰バンド c. 大腿コルセット一式	3. 膝義足用 b. 肩吊り帯 d. 横吊帯 e. 義足用股吊帯一式 5. サイム義足用 b. 横吊帯 d. PTB カフベルト一式			外装	殻構造義肢		骨格構造義肢	
			1. 股部 2. 大腿部 3. 下腿部 4. 足部  <input type="checkbox"/> リアルソックス	a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 d. リアルソックス		1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用	<input type="checkbox"/> リアルソックス		
断端袋	1. 大腿用 2. 下腿用								

【完成用部品価格】

完成用部品				
特記事項、使用者の希望事項など記述すること				
(借受けの希望 有・無 )				
処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適合判定	年 月 日	

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（装具用）

氏名	年 月 日 生 ( 歳 )
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。(病歴、全身所見、合併症、ADL等) ※修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必要と認めらるる補装具	補装具の種目, 名称 (左右を明記)
	(現在使用中の補装具名「 _____ 」) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載する。
	処 方 _____ 次頁処方箋のとおり
	使用効果見込み (注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。) ・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩 行 ・介助が不要となる ・食 事 ・装飾的効果 〔 _____ 〕 その他 具体的動作
上記のとおり意見、処方する	
年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。



# 補装具費支給（修理）意見書・処方箋（装具用）

(3/3 ページ)

3. 体幹装具	
<p>a. 支持部</p> <p>(1) 頸椎支持部 A 硬性 1 支柱付き    2 支柱なし</p> <p>B フレーム</p> <p>C カラー 1 あご受けあり    2 あご受けなし</p> <p>(2) 胸椎支持部 A 硬性 1 支柱付き    2 支柱なし</p> <p>B フレーム</p> <p>C 軟性</p> <p>(3) 腰椎支持部 A 硬性 1 支柱付き    2 支柱なし</p> <p>B フレーム</p> <p>C 軟性</p>	<p>b. その他の加算要素</p> <p>(1) 体幹装具付属品 <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"/> 斜頸枕</p> <p>(2) 側弯症装具付属品 <input type="checkbox"/> ミルウォーキー型付属品一式 <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"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 胸郭バンド <input type="checkbox"/> アウトリガー</p> <p>(3) 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</p>

4. 上肢装具	
<p>a. 継手</p> <p>(1) 肩継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C 肩回旋装置</p> <p>(2) 肘継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C プラスチック継手</p> <p>(3) 手継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C プラスチック継手</p> <p>(4) MP継手 A 固定式 ・ B 遊動式</p> <p>(5) IP継手 A 固定式 1 硬性    2 フレーム B 遊動式 ・ C 鋼線支柱</p>	<p>c. その他の加算要素</p> <p><input type="checkbox"/> 肘サポーター（支柱付き ・ 支柱なし）</p> <p><input type="checkbox"/> 末節骨パッド（硬性 ・ フレーム）</p> <p><input type="checkbox"/> 中 ・ 末節骨パッド（硬性 ・ フレーム）</p> <p><input type="checkbox"/> 対立バー</p> <p><input type="checkbox"/> Cバー</p> <p><input type="checkbox"/> アウトリガー</p> <p><input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助パネ</p> <p><input type="checkbox"/> 膝当て</p> <p><input type="checkbox"/> ターンバックル</p> <p><input type="checkbox"/> フレックスーヒンジ</p> <p><input type="checkbox"/> 内張り（上腕部 ・ 前腕部 ・ 手部）</p>
<p>b. 支持部</p> <p>(1) 胸郭支持部 A 硬性 B フレーム</p> <p>(2) 骨盤支持部 A 硬性 B フレーム</p> <p>(3) 上腕支持部 A 半月 B 皮革等</p> <p>1 カフバンド 2 上腕コルセット C 硬性</p> <p>(4) 前腕支持部 A 半月 B 皮革等</p> <p>1 カフバンド 2 前腕コルセット C 硬性</p> <p>(5) 手部背側パッド A 硬性 B フレーム</p> <p>(6) 手掌パッド A 硬性 B フレーム</p>	

**【完成用部品価格】**

完成用部品	
-------	--

**【レディメイド】**

メーカー名		メーカー型番	
装具名称		種類	硬性・軟性（支柱付き・支柱なし）

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有 ・ 無 )

処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適判定	年 月 日	

様式 2 - 1 ( 4 )

**補装具費支給（修理）意見書・処方箋（歩行器等）**

氏名			年 月 日生 ( 歳 )
住所			
手帳の障害名	等級: ( 種 級)		
障害の部位及びその状況  「病歴、全身所見、合併症、ADL等」	※病歴、全身所見、合併症、ADL。特に、補装具に関わる障害の部位や障害による動作の制限、補装具使用による動作の改善等の補装具の必要性が判断できる具体的内容を記載してください。 ※修理・更新の場合は、破損、不適合の状況も記載してください。          身長 ( ) cm 体重 ( ) kg		
申請する補装具 (及び使用中の補装具)	(現在使用中の補装具名「 ) ) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載してください。		
歩行器	六輪型、四輪型(腰掛つき、なし)、三輪型、二輪型、固定型、交互型		
その他の補装具			
付属品及び特筆すべき処方			
補装具の処方効果	・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩行 ・介助が不要となる ・食事 其他 具体的動作		
特記事項	※使用者の希望事項などを記載すること		
上記のとおり意見、処方する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			

※該当箇所を○で囲んでください

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

製作方式	<input type="checkbox"/> モジュール方式 <input type="checkbox"/> レディメイド方式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド方式			※オーダーメイドの場合は次頁に必要理由を記載すること
氏名			生年月日	年 月 日生（ 歳）
疾患名			発症日	年 月 日
障害名			障害手帳	種 級
障害の状況	（病歴、全身所見、合併症、筋力、ADL等）  握力：右      Kg / 左      Kg			
来所困難な医学的理由				
<b>日常生活活動の様子（不足分はその他の欄にご記入ください。）</b>				
座位保持の様子	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	不可能
普通型車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以下
立位保持の様子	自立	要手すり	介助	不可能
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助
歩行（装具：有・無）	屋外歩行可能（ m）		屋内歩行可能（ m） 不可能	
車椅子操作方法	両手	両足	片手片足	その他（ ）
車椅子操作（屋内）	可能（ m）		要監視	不可能
車椅子操作（屋外）	可能（ m）		要監視	不可能
知的障害（認知症など）	無		疑い	有
感覚障害（腰背部、臀部など）	障害なし	軽度	重度	脱失
褥瘡	無・有	既往あり	発赤（無・有）	部位（ ）
座りなおし	可能		不可能	
起立性低血圧	無		有	
<b>身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）</b>				
身長（ cm）				
座高（ cm）				
体重（ kg）				
<b>車椅子の名称（型式）</b> ※選定理由欄が不足の場合は、別紙に記載してください。（別添の参考書式をご参照ください） （モジュール・レディメイド・オーダーメイド）方式の _____ 型車椅子 [選定理由]				
<b>必要な装備品等</b> ※品目ごとに必要理由を記載してください。別紙に記載でも可です。（別添の参考書式をご参照ください）				
<b>車椅子の処方効果、主な使用目的</b>				
<b>その他</b>				
年 月 日		病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名		

※身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

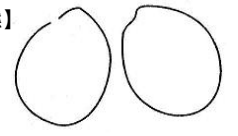


氏名			生年月日	新暦・大正 昭和・平成 令和	年月日( )歳
住所				TEL	
医学的 所見	疾患名	身長	cm /	kg	職業 (具体的に)
	障害名	移乗力	自立・半介助・介助		主な使用場所 屋内 屋外 屋内外
基本価格	1. 標準	2. 頭頸部	本体	自走用・介助用	種目名称別 コード
a. 新規支給(1台)	b. 2台同時支給	c. 再支給	a. モジュール(標準)	b. オーダーメイド	c. レディメイド
機構 加算	1. リクライニング機構 2. ティルト機構 3. ティルト・リクライニング機構 4. リフト機構		基本 構造	1. 後方大車輪(標準) 2. 前方大車輪 3. 6輪構造	a. 幅止め構造 個
【構造部品加算】					
シート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式 3. 板張り式	a. 奥行き調整構造	バック サポート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式	a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造
フット サポート レッグ	1. 固定式(標準) 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	フット サポート	1. セパレート式(標準) 2. セパレート式(二重折返式) 3. 中折式	a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整
サポーム	1. フレーム一体型 固定式 2. フレーム一体型 跳ね上げ式 3. フレーム一体型 着脱式 4. 独立型 固定式 5. 独立型 跳ね上げ式 6. 独立型 着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	プレーキ	1. 駐車ブレーキ(標準) a. キャリパーブレーキ b. フットブレーキ	
駆動輪 主輪	1. 固定式(標準) 2. 着脱式	a. 車軸位置調整構造 b. キャンバー角度変更 c. 片手駆動構造 d. レバー駆動構造	タイヤ	1. エア 2. ノーパンク	キャスタ 1. ソリッド 2. 衝撃吸収タイプ
ハンド リム	1. プラスチック(標準) 2. ステンレス 3. アルミ	a. ピッチ30mm以上 b. 片手駆動構造	【付属品】 ヘッドサポート	1. 着脱式(枕含む) 2. マルチタイプ(枕含む) 3. 枕(オーダーメイド) 4. 枕(レディメイド)	a. オーダー枕変更
【付属品】					
<input type="checkbox"/> クッション (カバー付き)	1. 平面形状型 2. モールド型	a. ゲル素材 b. 多層構造 c. 立体編物 d. 滑り止め加工 e. 防水加工			
<input type="checkbox"/> 座板	a. クッション一体型				
<input type="checkbox"/> 背クッション	a. 滑り止め加工				
<input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右	<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置				
<input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右	<input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架				
<input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右	<input type="checkbox"/> 点滴ポール				
<input type="checkbox"/> テーブル	<input type="checkbox"/> 日よけ				
<input type="checkbox"/> テーブル取付部品	<input type="checkbox"/> 雨よけ				
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(パイプ)	<input type="checkbox"/> 泥よけ				
<input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスタ付き)	<input type="checkbox"/> スポークカバー				
<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台	<input type="checkbox"/> リフレクタ 個				
<input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台	<input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル 左・右				
<input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム				
<input type="checkbox"/> 車載用固定部品 個	<input type="checkbox"/> ノブ付きハンドリム				
<input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) 左・右	a. 水平ノブ				
<input type="checkbox"/> 杖たて(多点つえ) 左・右	b. 垂直ノブ				
【付属品】姿勢保持装置 製作要素					
【完成用部品】					
メーカー名			製品名		
種目名称別コード			種目名称別コード		
適合 判定	年月日	処方	年月日		





補装具費支給意見書（補聴器用）

氏名			生年月日	年 月 日（歳）	
住所					
障害名				手帳等級	種 級 (聴覚障害の等級)
現症	(dB) 聴力レベル 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110	【聴力レベル（4分法）】 右 _____dB 左 _____dB			
		【語音明瞭度】 ※語音明瞭度での手帳取得の場合にご記載ください。 右 _____% 左 _____%			
		【障害の種類】（該当するものに○） 1 伝音性難聴 2 感音性難聴 3 混合性難聴			
		【鼓膜の状態】  右 左			
		【人工内耳】（該当するものに○） 1 あり（右・左・両耳） 2 なし			
医学的所見 (補聴効果等)					
補聴器の型 (該当するものに○)	1 高度難聴用ポケット型                      2 高度難聴用耳かけ型 3 重度難聴用ポケット型                      4 重度難聴用耳かけ型 5 耳あな型レディメイド                      6 耳あな型オーダーメイド 7 骨導式ポケット型                              8 骨導式眼鏡型 9 その他 ( _____ )				
装用耳 (該当するものに○)	1 右耳    2 左耳    3 両耳				
イヤモールド (該当するものに○)	1 不要    2 要 ※イヤモールドが必要な理由（該当するものに○） 1 ハウリング防止                      2 脱落防止 3 その他 ( _____ )				
その他 特記事項	耳あな型、骨導式、特例補聴器の処方理由等はこちらにご記載ください。				
上記のとおり診断する。 年 月 日		医療機関名 所在地 指定医師氏名			

裏面の【記入上の留意事項】をお読みください。

## 【記入上の留意事項】

### ●次に掲げる要件に該当する医師が記入すること。

- ①身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師
- ②指定自立支援医療機関の医師
- ③国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具費関係の適合判定医師研修会を修了している医師
- ④（難病患者等に限り）難病法第6条第1項に基づく指定医等

### ●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。

### ●補聴器の対象者

#### ◇高度難聴用

両耳とも聴力レベルが原則90dB未満の者  
語音明瞭度50%以下で手帳取得の場合は意見書に語音明瞭度の記載が必要

#### ◇重度難聴用

両耳とも聴力レベルが原則90dB以上の者

#### ◇骨導式

伝音性難聴者で、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者

#### ◇耳あな型

- ・ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が身体上、職業上使用できない等、真に必要な者が対象  
(例示)

##### 【身体上の理由】

- ・耳介変形のため、耳かけ型を耳に掛けることができない。

##### 【職業上の理由】

- ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、耳かけ型ではハウリングが常におきてしまう。
- ・調理師で、常に油煙・湯気のある場所で働いており、耳かけ型では防水カバーをつける等の対策をたてても故障が多い 等
- ・耳あな型オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等によりレディメイドでは対応不可能な者

### ●「医学的所見」欄について

申請する補聴器の目的、効果見込みについて具体的に記載すること。

### ●両耳装用処方が必要な場合はその理由および具体的な効果について記入すること。

(補装具費支給対象となる補聴器は原則1種目1個です。両耳装用により2台必要な場合は複数交付と考えますので、教育上・職業上等の理由およびその効果について示すこと。)

### ●特例補装具（FM補聴器、ベビークロス型補聴器等）が必要な場合は、様式4：特例補装具支給理由書も提出すること。

### ●イヤモールドの必要の要・不要は必ず記入すること。



②耳あな型装用	これまでの耳あな型補聴器装用経験の有無（あり・なし）	
	★ありの場合 装用開始時期（年 月頃～）	
	★ありの場合 装用耳：（右耳・左耳・両耳）	
	耳あな型が必要な理由 ※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 耳介の変形のために耳あな型補聴器以外の使用が困難 <input type="checkbox"/> 職業上ポケット型や耳かけ型の使用が困難 <input type="checkbox"/> その他 具体的理由	
③デジタルワイヤレス補聴援助システム	これまでの補聴システムの使用経験の有無（あり・なし）	
	★ありの場合 装用開始時期（年 月頃～）	
	★ありの場合 装用耳：（右耳・左耳・両耳）	
	補聴システムが必要な理由（※チェック） <input type="checkbox"/> 主な生活場面（教育上または職業上）で補聴システムが必要である 具体的理由 例①：学校で教員の声を補聴システムを使うことによって周囲の雑音に遮られずに聴きとる必要がある。 例②：職場で会議が頻繁にあり、席の離れたところにいる発言者の声を聴きとる必要がある。	
④特例補聴器	これまでの特例補聴器の装用の有無（あり・なし）	
	★ありの場合 特例補聴器名称 ※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 骨導式ヘッドバンド型 <input type="checkbox"/> 軟骨伝導補聴器 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	★ありの場合 装用開始時期（年 月頃～）	
	★ありの場合 装用耳：（右耳・左耳・両耳）	
	特例補聴器が必要な理由 <骨導式ヘッドバンド型、軟骨伝導の場合> ※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 伝音性難聴であって、外耳道狭窄や外耳道閉鎖等を有するため <input type="checkbox"/> （軟骨伝導の場合）基礎疾患などにより骨導式も装用できないため <その他の特例補聴器の場合> 具体的理由	
17	聴力及び受診について	聴力が悪いと気づいた時期（歳頃～） どちらの耳が悪いのか（右耳・左耳・両耳） 受診した（している）医療機関名称（ ） 診断名（ ） 受診状況 ※受診頻度等（ ）
18	乳幼児、児童の方	聴こえが悪いと分かってから家庭で気を付けていること
19	乳幼児、児童の方	療育機関の利用状況と経過
20	聴こえの配慮	保育園、幼稚園、学校、職場での聴こえに関する配慮の有無（具体的に）
21	相談機関	家族が利用できる相談機関の紹介・情報提供について
22	補装具制度の説明と理解	・市町からの説明内容（補装具は1種目1個の原則、修理について） ・補聴器の特徴の理解 ・補聴器の手入れ、修理について（説明年月日：年 月 日） ・本人、家族の理解、確認（了解：済 / 未）
23	その他特記事項	

記載年月日： 年 月 日

記載者名：

面接者名（申請者との続柄）：

(参考様式)

## 人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

診療担当科 \_\_\_\_\_

作成医師名 \_\_\_\_\_ 印

記

### 【対象者】

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

住所

\_\_\_\_\_

身障手帳障害名と等級

\_\_\_\_\_ ( 種 級)

### 【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名 : \_\_\_\_\_

機種名 : \_\_\_\_\_

### 【確認項目】

以下に該当する場合は□に✓を入れてください。

該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。

人工内耳音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。

人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

内部障害者用車椅子支給（修理）意見書

（車椅子、電動車椅子用）

氏名	年 月 日生（才）		
住所			
障害名	手帳等級	種 級	
原因となった疾病名			
参考となる経過・現症			
<p>〈歩行能力〉</p> <p>握力：右（ ） kg      左（ ） kg</p> <p>車椅子の使用経験    普通型車椅子（有・無）    電動車椅子（有・無）</p> <p>自力操作              普通型車椅子（可・不可）    電動車椅子（可・不可）</p> <p>交通法規の理解能力（有・無）</p> <p>〈その他参考となる合併症状〉</p>			
補装具の名称			
付属品及び特別な処方			
<p>補装具使用により可能となること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・屋内移動</li> <li>・屋外移動</li> <li>・介助が不要となる</li> </ul> <p style="text-align: right;">・その他（具体的に）</p>			
<p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 所在地 指定医師名</p>			

※身体障害者福祉法15条指定医師により作成のこと。

様式3

電動車椅子支給調査書

本人	ふりがな 氏名				年 月 日 生	
	住所					
	手帳番号	県 号	等級		交付年月日	年 月 日
	障害名					
	施設入所	有・無 施設名				
家庭環境	家族構成				介護者	
					保守点検者	
生活状況	職業	職業 有・無（自営・雇用・その他） 職種 作業内容（車椅子のまま、降りて） 職場 自宅・通勤				
	日常生活	介護の程度（必要なし・時々必要・常時必要） 車椅子使用（手押し型・普通型・オーダー）				
	その他の参考事項					
使用環境	地域 住居の種類	商店街・住宅街・その他 自家・借家（公営・民間・病院） 施設				
	使用目的	室内の日常生活・散歩、近所回り程度・通院、買物、諸用事、 会合出席、公共施設への往復・生業に必要な  〔 〕				



製作方式	<input type="checkbox"/> モジュール方式 <input type="checkbox"/> レディメイド方式 <input type="checkbox"/> オーダーメイド方式			※オーダーメイドの場合は次頁に必要理由を記載すること	
氏名	生年月日		年	月	日生（歳）
障害名	※身体障害者手帳の「障害名」を記載してください。			等級	種 級
<b>1 原因となった疾病・外傷名及びその経過</b> （発生年月日 年 月 日頃）					
<b>2 現在の身体状況</b> 身長（ ）cm 体重（ ）kg ①上肢（切断や麻痺等の有無、握る・つまむ・物を持つ等の具体的動作について記入）  <div style="text-align: right;">【握力】 右（ ）kg 左（ ）kg</div> ②下肢（切断や麻痺等の有無、動作能力について具体的に記入）  ③現在の移動方法（自力歩行・介助歩行・いざり・手動車椅子駆動・車椅子による介助等）及び移動能力 屋内・・・移動方法（ ） 移動能力（ ）の程度 使用補装具（ ） 屋外・・・移動方法（ ） 移動能力（ ）の程度 使用補装具（ ） ④視力・聴力・視野 視力障害 有 無 （有の場合その状況 ） 視野障害 有 無 （有の場合その状況 ） 聴力障害 有 無 （有の場合その状況 ） ⑤褥瘡等の状況 感覚障害（臀部・腰背部など） なし 軽度 重度 脱失 褥瘡 なし・あり（部位： ） 褥瘡既往 なし・あり（部位： ）					
<b>3 日常生活の活動制限の有無（安静を要する場合はその程度）</b>					
<b>4 交通法規の理解</b> 正常 劣る （劣る場合はその状況 ）					
<b>5 必要な装備品等</b> ※品目ごとに必要理由を記載してください。別紙に記載でも可です。（別添の参考書式をご参照ください）					
<b>6 処方効果、主な使用目的</b>					
<b>7 総合所見（電動車椅子を必要とする医学的理由）</b>					
年 月 日		病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名			

※身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。



3-2(2)

標準形電動車椅子処方箋

氏名			生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 ( )歳	
住所				TEL		
医学的 所見	疾患名		身長 cm /	kg	職業 (具体的に)	
	障害名		移乗 能力	自立・半介助・介助	主な使用 場所	屋内 屋外 屋内外
基本価格		1. 標準	2. 頭頸部	本体	1. 標準形(低速用)	2. 標準形(中速用)
a. 新規支給(1台)		b. 2台同時支給	c. 再支給	a. モジュール(標準)	b. オーダーメイド	c. レディメイド
機構 加算	1. 手動リクライニング機構		バッテリー		1. シールドバッテリー	
	2. 電動リクライニング機構				2. リチウムイオンバッテリー	
	3. 電動テイル機構		操作ボックス		1. 標準型	
	4. 電動テイル・リクライニング機構		操作レバー		1. 感度調整	a. ばね圧変更
	5. 電動リフト機構		スイッチ		1. 標準型	a. スイッチ延長 個
【構造部品加算】						
シート	1. 板張り式(標準) 2. スリング式 3. 張り調整式	a. 奥行き調整構造	バック サポート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式	a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造	
グフ サッ ポト ーレ トツ	1. 固定式(標準) 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	フット サポート	1. セパレート式(標準) 2. セパレート式 (二重折込式)	a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整 d. 金属製フットサポート	
サア ポー ーム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 電動又は電磁ブレーキ(標準)		
			タイヤ	1. エア(標準) 2. ノーパンク	キャスタ	1. エア(標準) 2. ノーパンク
【付属品】						
<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ <input type="checkbox"/> a. 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> b. 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> c. 8方向スイッチボード <input type="checkbox"/> d. 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> e. フォースセンサ <input type="checkbox"/> f. 足用ボックス <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ <input type="checkbox"/> 小/球/こけし <input type="checkbox"/> U/十字/ペン/太長/T字/極小 <input type="checkbox"/> ヒールループ <u>左・右</u> <input type="checkbox"/> アンクルストラップ <u>左・右</u> <input type="checkbox"/> ステップカバー <u>左・右</u>		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載用固定部品 <u>    </u> 個 <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) <u>左・右</u> <input type="checkbox"/> 杖たて(多点つえ) <u>左・右</u> <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ <u>    </u> 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル <u>左・右</u>		<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) 1. 平面形状型 2. モールド型 a. ゲル素材 b. 多層構造 c. 立体編物 d. 滑り止め加工 e. 防水加工  <input type="checkbox"/> 背クッション a. 滑り止め加工  <input type="checkbox"/> ヘッドサポート 1. 着脱式(枕含む) 2. マルチタイプ(枕含む) 3. 枕(オーダーメイド) 4. 枕(レディメイド) a. 枕オーダーメイド変更		
【付属品】姿勢保持装置_製作要素				【特記事項】		
【完成用部品】						
種目名称別コード		メーカー名/製品名				
適合 判定	年 月 日	処方		年 月 日		

※ 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。  
 ※ 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。(様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。)

氏名			生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 ( ) 歳		
住所					TEL		
医学的 所見	疾患名			身長	cm /	kg	
	障害名			移乗力	自立・半介助・介助		
職業 (具体的に)				主な使用場所			
屋内		屋外		屋内外			
基本価格		1. 標準 2. 頭頸部		本体	1. 簡易形(切替式) 2. 簡易形(アシスト式)		
a. 新規支給(1台)		b. 2台同時支給		c. 再支給			
a. モジュール(標準)		b. オーダーメイド		c. レディメイド			
機構 加算	1. リクライニング機構			バッテリー	1. リチウムイオンバッテリー		
	2. ティルト機構				2. ニッケル水素バッテリー		
基本 構造	3. ティルト・リクライニング機構			操作ボックス	1. 標準型		
	1. 後方大車輪(標準)				1. 感度調整		a. ばね圧変更
a. 幅止め構造			個	操作レバー スイッチ	1. 標準型		
					a. スイッチ延長		個
<b>【構造部品加算】</b>							
シート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式 3. 板張り式		a. 奥行き調整構造	バック サポート	1. スリング式(標準) 2. 張り調整式		
					a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整 e. 背折れ構造		
フット サポート レック	1. 固定式(標準) 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式		a. レッグベルト全面張り	フット サポート	1. セバレット式(標準) 2. セバレット式(二重折込式) 3. 中折式		
					a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整		
サ ー ア ー ム	1. フレーム一体型_固定式 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式		a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 駐車ブレーキ/電磁ブレーキ		
<b>【付属品】</b>							
<input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール一式 <input type="checkbox"/> 多様な力コントローラ <input type="checkbox"/> a. 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> b. 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> c. 8方向スイッチボード <input type="checkbox"/> d. 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> e. フォースセンサ <input type="checkbox"/> f. 足用ボックス <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ <input type="checkbox"/> 小/球/こけし <input type="checkbox"/> U/十字/ペン/太長/T字/極小 <input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右 <input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右			<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載用固定部品 _____ 個 <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) 左・右 <input type="checkbox"/> 杖たて(多点つえ) 左・右 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養バック取付用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ _____ 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整手押しハンドル 左・右 <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム			<input type="checkbox"/> クッション(カバー付き) 1. 平面形状型 2. モールド型 a. グル素材 b. 多層構造 c. 立体編物 d. 滑り止め加工 e. 防水加工	
			<input type="checkbox"/> 背クッション a. 滑り止め加工				
			<input type="checkbox"/> ヘッドサポート 1. 着脱式(枕含む) 2. マルチタイプ(枕含む) 3. 枕(オーダーメイド) 4. 枕(レディメイド) a. 枕オーダーメイド変更				
<b>【付属品】姿勢保持装置 製作要素</b>							
<b>【完成用部品】</b>							
種目名称別コード		メーカー名/製品名					
適 合 判 定	年 月 日	処 方	年 月 日				

※ 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。

※ 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。(様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。)



## 電動車椅子操作能力等調査票

本人氏名				年 月 日 生
障害名				等級 種 級
<b>車椅子使用状況</b>				
① 電動車椅子	有 ( ) 年頃～	無		
	[ 自費購入	福祉法による交付	( ) から借用 ]	
	*形式 (普通型・手動兼用型・その他 )			
	*最近の福祉法による交付 ( 年 月)			
② 手動式車椅子	有 ( ) 年頃～	無		
	[ 自費購入	福祉法による交付	( ) から借用 ]	
	*形式 (普通型・リクライニング式普通型・片手駆動型・スポーツ型・その他 )			
	*最近の福祉法による交付 ( 年 月)			
③ 介護用車椅子	有	無		
	[ 自費購入	福祉法による交付	( ) から借用 ]	
	*最近の福祉法による交付 ( 年 月)			
<b>電動車椅子の操作能力</b>				
① 乗 降	自分で可	部分介助	全面介助	
② 基本操作				
ア 操作ノブなどの操作	できる	練習すれば可	できない	
イ スイッチ・速度切り替え	できる	練習すれば可	できない	
ウ 発進・停止	できる	練習すれば可	できない	
移動操作				
エ 速度調節	できる	練習すれば可	できない	
オ 直進走行	できる	練習すれば可	できない	
カ S字・クランク走行	できる	練習すれば可	できない	
キ 坂道走行	できる	練習すれば可	できない	
ク 溝・段差乗り越え走行	できる	練習すれば可	できない	
ケ 旋回	できる	練習すれば可	できない	
コ 非常時の対応	できる	練習すれば可	できない	
③ 交通法規の理解	十分理解できる	部分的に理解できる	できない	
④ 視力・聴力の障害	有 (状況	)	無	
<b>手動式車椅子の操作能力【電動車椅子簡易型の場合のみ】</b>				
・平坦路の操作……	可 (	m程度)	困難	
年 月 日	調査者所属名			
	調査者職・氏名			

\*操作能力の評価は15条指定医もしくはその指示の下に理学療法士において記載してください。

様式 4

特 例 補 装 具 支 給 理 由 書

障害者(児)氏名		補 装 具(名称・形式)	
障 害 者 ・ 児 の 状 況	(1) 身体の状態		
障 害 者 ・ 児 の 状 況	(2) 日常生活(家庭生活・社会生活)状況		
補 装 具 ・ 特 例 補 装 具 の 相 違 点	(1) 基準補装具の特徴		(2) 基準補装具交付による支障
	(3) 特例補装具の特徴		(4) 特例補装具交付による効用
意 見			

作成者 所属・氏名

※身体障害者福祉法15条指定医師（又は、担当の理学療法士）により記入のこと。

様式 5

## 重度障害者用意思伝達装置 意見書・処方箋

氏名		生年 月日	年 月 日 ( ) 歳
住所		手帳 等級	種 級
障害名	(身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。)		
医 学 的 所 見	① 現在までの経過、治療の内容・期間、その他参考となる事項 (傷病の発生年月日 年 月 日)		
	② 現症 (レントゲン・各種検査所見を含む) (検査日 年 月 日)		
	身長( )cm、体重( )kg、握力 右( )kg・左( )kg		
	③ 参考となる合併症		
	④ 現在の意思伝達の方法		
	⑤ 日常生活の活動制限の有無 (安静を要する場合はその程度)		
⑥ 総合所見 (重度障害者用意思伝達装置を必要とする医学的理由)			



姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋  
 車載用姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋

市町名		氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
障害名					
原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・交通・労災 その他の事故・その他 ( )	
障 害 の 状 況	体幹機能	【体幹の状態(可動性、筋力、変形、支持性等)、座位の状態等を記入】			
		[身長( )cm [体重( )kg			
	座位保持の様子	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 背もたれ等により可 ( 時間・分)	<input type="checkbox"/> 自力で可 ( 時間・分)	
	立位保持の様子	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 支持により可 ( 時間・分)	<input type="checkbox"/> 自力で可 ( 時間・分)	
	立ち上がりの様子	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 介助により可	<input type="checkbox"/> 自力で可	<input type="checkbox"/> 起立性低血圧あり
	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 ( )			
	知覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ 程度 ( )、部位 ( ) ]			
	上肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入】			
		【握力】右( )kg 左( )kg			
	下肢機能	【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入】			
歩行状態	(装具 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 屋外歩行可能 <input type="checkbox"/> 屋内歩行可能 <input type="checkbox"/> 不可能				
車椅子	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	操作(屋内)	<input type="checkbox"/> 可能 ( m) <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 不可能			
	操作(屋外)	<input type="checkbox"/> 可能 ( m) <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 不可能			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 既往あり、 (発赤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)、 部位 ( )				
補装具の名称					
【補装具の処方効果、主な使用目的、使用頻度、使用時間(車載用にあつては1乗車機会当たりの連続使用時間も)】		変形 × 切離断 ■ 感覚障害 ▨ 運動障害 ▨ 障害部位図示			
年 月 日					
病院又は診療所名					
所在地					
診療担当科名 作成医師氏名					

姿勢保持装置支給

(修理) 意見書・処方箋

車載用姿勢保持装置支給

(修理) 意見書・処方箋

氏名			生年 月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 ( ) 歳		
住所					TEL		
医学的 所見	疾患名		身長 cm /	kg	職業 (具体的に)		
	障害名		移乗 能力	自立・半介助・介助	主な使用 場所	屋内	屋外
基本価格	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	【付属品】				
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型 (右・左)	カットアウト テーブル	<input type="checkbox"/> カットアウトテーブル			
	3. 体幹部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型		<input type="checkbox"/> クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品			
	4. 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型		<input type="checkbox"/> アームレスト (右・左)			
	5. 下腿・足部	<input type="checkbox"/> 採寸 (右・左)	上肢保持 部品	<input type="checkbox"/> 肘パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 縦型グリップ (右・左) <input type="checkbox"/> 横型グリップ (右・左)			
支持部	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 頭部支え	体幹部保 持部品	<input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド(右・左)			
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 上肢支え (右・左) <input type="checkbox"/> 前腕・手部支え(右・左)		<input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール			
	3. 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	骨盤保持 部品	<input type="checkbox"/> 体幹パッド (右・左)			
	4. 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"/> 腰部パッド (右・左)			
	5. 下腿部	<input type="checkbox"/> 下腿支え (右・左)		<input type="checkbox"/> 骨盤パッド (右・左)			
	6. 足部	<input type="checkbox"/> 足台 (右・左)		<input type="checkbox"/> 臀部パッド (右・左)			
	7. 加算要素	<input type="checkbox"/> フレックス構造					
支持部の 連結	1. 固定	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝部 (右・左) <input type="checkbox"/> 足部 (右・左)	下腿保持 部品	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 外転防止パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 膝パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド (右・左) <input type="checkbox"/> 足部保持パッド (右・左)			
	2. 遊動	<input type="checkbox"/> 腰部 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝部 (右・左) <input type="checkbox"/> 足部 (右・左)		ベルト部品	<input type="checkbox"/> 肩ベルト (右・左) <input type="checkbox"/> 腕ベルト (右・左) <input type="checkbox"/> 手首ベルト (右・左) <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(右・左) <input type="checkbox"/> 膝ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 下腿ベルト(右・左) <input type="checkbox"/> 足首ベルト(右・左)		
	3. 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	使用材料	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属					
	1. ティルト機構	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式					
	2. 昇降機構	<input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式					
調節機構	1. 高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート(右・左)	支持部 カバー	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 体幹部 平面形状型 <input type="checkbox"/> 体幹部 モールド型 <input type="checkbox"/> 体幹部 張り調整型			
	2. 前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左)		<input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 平面形状型 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 モールド型 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 張り調整型			
	3. 角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル	内張り	<input type="checkbox"/> アームレスト (右・左) <input type="checkbox"/> テーブル			
	4. 脱着機能	<input type="checkbox"/> 体幹パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤パッド(右・左) <input type="checkbox"/> 膝パッド(右・左) <input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> 内転防止パッド		体圧分散 補助素材	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部(右・左) <input type="checkbox"/> 足部(右・左)		
	5. 開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート(右・左) <input type="checkbox"/> 足部支持部(右・左)	キャスト	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能			
			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			

【完成用部品価格】

完成用 部品			
-----------	--	--	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無)

処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適 合 判 定	年 月 日	

- 姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋  
 車載用姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋

## 完成見込図

### 【記載上の注意】

- 1 身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。
- 2 該当箇所に✓、○をつけること。
- 3 障害部位の図示は必ず記載すること。
- 4 処方内容は基本価格、製作要素（支持部等）、付属品などの必要部品に✓をつけること。
- 5 車載用姿勢保持装置（令和6年度まで座位保持椅子（障害児用カーシート）といわれていたもの）にあつては、本様式中、基本価格から付属品までの各欄は記入不要。主材料（金属等）及び加算要素（上肢支え等）を特記事項欄に記入すること。  
ただし、障害の状況等のため、標準的な車載用姿勢保持装置ではなく姿勢保持装置の部品構成により処方する必要がある場合は、特例補装具となるため「特例補装具支給理由書」を添付すること。