

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 日生
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 *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)		
経 過 ・ 現 症 姿勢保持困難な 状況を具体的に	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。		
姿 勢 保 持 装 置 処 方 箋	[基本価格] 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) [製作要素価格] < 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(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			
支給を必要とする理由	借受けの場合使用期間（ ）		
（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。） ・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）			
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			

※ 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。