

## 補装具費支給意見書・処方箋（体幹装具）

様式 6

|                                                                                                               |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------|-----|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 氏名                                                                                                            |                                          |               | 男・女 | 生年月日                | M T<br>S H                                                                                                                                 | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所                                                                                                            |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 職業                                                                                                            |                                          |               |     | 原因傷病名               | （疾病・外傷発生年月日： 年 月 日頃）<br>※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当<br>（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない ） |   |   |   |   |
| 障害名                                                                                                           | ( 級)                                     |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 1. 申請する補装具の名称                                                                                                 |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 2. 障害・疾患等の状況について記載してください（注：上記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                                                                                                          | なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦<br>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 その他（ ）                 |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 体幹機能障害（ なし ・ あり ）                                                                                             |                                          |               |     | （所見：関節の可動性、筋力、変形など） |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 下肢機能                                                                                                          | 右                                        | 障害（ なし ・ あり ） |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
|                                                                                                               | 左                                        | 障害（ なし ・ あり ） |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 座位能力                                                                                                          | 端座位可能 床座位可能 背もたれ座位可能 座位保持困難              |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 立位能力                                                                                                          | 立位保持可能 つかまり立ち可能 介助立位可能 立位保持困難            |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 歩行能力                                                                                                          | 独歩 杖歩行 松葉杖歩行 伝い歩き歩行 介助歩行 歩行困難            |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| その他の所見                                                                                                        | （傷病名・合併症などを記載してください）                     |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください <input type="checkbox"/>                                                       |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 1日の装用時間                                                                                                       | 常時（就寝時含む） 日中のみ 夜間のみ 作業時のみ その他（ ）         |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 主たる使用目的                                                                                                       | 姿勢保持 歩行 立位保持 座位保持 その他（ ）                 |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 主たる使用場所                                                                                                       | 自宅（ 屋内・屋外 ） 学校・職場等 病院・施設等 その他（ ）         |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 効果見込み                                                                                                         |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 4. 現在、使用・所持している体幹装具があれば状況について記載してください（ なし ・ あり ）                                                              |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 使用状況                                                                                                          |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |
| 作り替えが必要な理由<br>（破損・不適合状況等）                                                                                     |                                          |               |     |                     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |

【処方：体幹装具】

|                               |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
|-------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------|------------|--------------|-----|
| 基本型式                          | 部 位          | 頸椎(胸椎装具付)<br>C-1                                                                       | 頸 椎<br>C-2 | 胸椎 (肩バンド付)<br>C-3 | 胸 椎<br>C-4 | 腰椎・仙腸<br>C-5 |     |
|                               | 採型区分         | 採型 採寸                                                                                  |            |                   |            |              |     |
|                               | 構 造          | 金属枠 硬性 カラー 軟性 骨盤帯 側弯症装具 その他 ( )                                                        |            |                   |            |              |     |
| 製作要素                          | 支 持 部        | 種 類                                                                                    |            |                   |            | その他の加算要素     |     |
|                               | 頸 椎          | モールド<熱可塑性樹脂> ( 支柱付き 支柱なし )<br>フレーム<br>カラー ( あご受けあり あご受けなし )                            |            |                   |            | サンドイッチ構造     | 内張り |
|                               | 胸 椎          | モールド<熱可塑性樹脂> ( 支柱付き 支柱なし )<br>フレーム<br>軟性 ( キャンパス メッシュ )                                |            |                   |            | サンドイッチ構造     | 内張り |
|                               | 腰 椎          | モールド<熱可塑性樹脂> ( 支柱付き 支柱なし )<br>フレーム<br>軟性 ( キャンパス メッシュ )                                |            |                   |            | サンドイッチ構造     | 内張り |
|                               | 仙 腸          | モールド<熱可塑性樹脂> ( 支柱付き 支柱なし )<br>フレーム<br>軟性 ( キャンパス メッシュ )<br>骨盤帯 ( 芯のあるもの 芯のないもの )       |            |                   |            | サンドイッチ構造     | 内張り |
|                               | 骨 盤          | 皮 革<補強材を含む><br>モールド<熱可塑性樹脂>ペルビックガードル                                                   |            |                   |            | サンドイッチ構造     |     |
| その他の加算要素                      | 体幹装具<br>付属品  | 高さ調整 肩バンド<br>ターンバックル式 会陰ひも<br>腰部継手 腹圧強化バンド<br>バタフライ                                    |            | 図示※装具名称と略図及び説明を記載 |            |              |     |
|                               | 側弯症装具<br>付属品 | 胸椎パッド 前方支柱<br>腰椎パッド 後方支柱<br>ショルダーリング 側方支柱<br>腋窩パッド ネックリング<br>アウトリガー 胸郭バンド<br>(プラスチック製) |            |                   |            |              |     |
| 特記事項<br>(指示)                  |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 上記のとおり意見、処方する。 所 在 地          |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 平成 年 月 日 医 療 機 関 名            |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 医 師 氏 名 印                     |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 上記処方により医学的に適合したことを証明する。 所 在 地 |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 平成 年 月 日 医 療 機 関 名            |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 医 師 氏 名 印                     |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 平成 年 月 日                      |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |
| 材料・工作法等検査 職 ・ 氏 名 印           |              |                                                                                        |            |                   |            |              |     |