

補装具費支給意見書・処方箋（体幹装具）

様式 6

氏名			生年月日	M S	T H	R	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) 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）に該当する・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									
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										
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（破損・不適合状況等）										

【処方：体幹装具】

基本構造	採型区分	頸椎 (胸腰仙椎装具付) C-1	頸胸椎 C-2	頸椎(カラー) C-3	胸腰仙椎 (肩ベルト付) C-4	胸腰仙椎 C-5	腰仙椎、仙腸 C-6	
	(採型 ・ 採寸)							
	名称	1. 頸椎装具 A 硬性 B フレーム C カラー D 斜頸矯正用枕	2. 胸腰仙椎装具 A 硬性 B フレーム C 軟性	3. 腰仙椎装具 A 硬性 B フレーム C 軟性	4. 仙腸装具 A 硬性 B フレーム C 軟性 D 骨盤帯	5. 側弯症装具 A 硬性 B フレーム C 軟性		
支持部	頸椎	1. 硬性 (支柱付き 支柱なし) 2. フレーム 3. カラー (あご受けあり あご受けなし)				サンドイッチ構造		
	胸腰仙椎	1. 硬性 (支柱付き 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性				サンドイッチ構造		
	腰仙椎	1. 硬性 (支柱付き 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性				サンドイッチ構造		
	仙腸	1. 硬性 (支柱付き 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性 4. 骨盤帯 (芯のあるもの 芯のないもの)				サンドイッチ構造		
	骨盤	1. 皮革(補強材を含む) 2. 硬性 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 付属品	高さ調整 腰部継手 肩ベルト 腹部エプロン	ターンバックル バタフライ 会陰ひも 斜頸枕	図示 装具名称と略図及び説明を記載				
	側弯症装具 付属品	ミルウォーカー型付属品一式 腰椎パッド 腋窩パッド 胸郭バンド(プラスチック製) 前方支柱	胸椎パッド ショルダーリング ネックリング アウトリガー 後方支柱 側方支柱					
	内張り	頸椎支持部 腰仙椎支持部	胸腰仙椎支持部 仙腸支持部					
レディメイド	メーカー名 () 型番 () 装具名称 ()							
特記事項								
上記のとおり意見、処方する。				所在地				
年 月 日				医療機関名				
(自署又は記名押印) 医師氏名								
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				
年 月 日				医療機関名				
(自署又は記名押印) 医師氏名								
年 月 日				職・氏名				
製品検査								