

(表面)

義手意見書

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」を記載して下さい。)					
原傷病名						
切断部位	切断肢 (右 左 両側)		切断日 (年 月 日)			
	肩甲胸郭間	肩関節	上腕部	肘関節	前腕部	手関節
	手根骨	中手骨	基節骨(第	指)	中節骨(第	指)
障 が い 状 態 ・ 疾 病 等 の 状 況	断端長	()cm				
	断 端 の 形 状	骨端部の突出	なし	あり		
		浮腫	なし	あり		
		断端の形	円錐形	円筒形	先端が太くなっている	
	皮 膚	術創の状態	治癒	治癒していない(状態:)		
		癒痕の有無	なし	あり(状態:)		
		皮下組織	ふつう	硬い	柔らかい	
		血流(循環)	よい	よくない()		
	知覚障害	なし	知覚過敏	知覚鈍麻	知覚脱失	
	痛み	自発痛	圧痛点	運動痛	神経腫	幻肢痛
上肢関節機能	(上位関節の可動性・筋力の状態等を記載して下さい。)					
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。)					
使用効果見込み						

※ 欠損の場合も切断に準じて、必要な箇所を記載して下さい。

(裏面)

義 手 の 処 方 (購 入 及 び 借 受 け)

基本 型 式	処方部位	右 ・ 左 ・ 両側 (右 : _____ 左 : _____)						
	構造	殻 構 造 ・ 骨 格 構 造						
	名 称	肩義手	上腕義手	肘義手	前腕義手	手義手	手部義手	手指義手
	型 式	装飾用	装飾用	装飾用	装飾用	装飾用	装飾用	装飾用
		作業用	作業用	作業用	作業用	作業用	作業用	作業用
		作業用 (幹部使用)	作業用 (幹部使用)	作業用 (幹部使用)	作業用 (幹部使用)	能動式	電動式	
		能動式	能動式	能動式	能動式	電動式		
		電動式	電動式	電動式	電動式			
		肩甲鎖骨切除用 ハト [®] 型手部付	ハト [®] 型手部付			長断端用ハト [®] 型		
		肩甲鎖骨切除用 フック型手部付	フック型手部付			長断端用フック型		
肩甲鎖骨切除用 フック型手部付					中断端用ハト [®] 型			
普通用ハト [®] 型手部付				中断端用フック型				
普通用フック型手部付				短断端用ハト [®] 型				
短断端用フック型				短断端用フック型				
採型区分 (加算項目)	肩甲胸郭間切断用	吸着式	吸着式	顎上懸垂式				
				スプリットソケット				
製 作 要 素	ソケット	アルミニウム、セルロイド 皮革 熱硬化性樹脂 熱硬化性樹脂(電動式) 熱可塑性樹脂 熱可塑性樹脂(電動式)						
	ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂						
	支持部	アルミニウム、セルロイド 熱硬化性樹脂 骨格構造用 電動式						
	義手用ハーネス	肩 : 胸郭バンド式肩ハーネス一式 肩たすき一式						
		上腕 : 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 肩たすき一式 8字ハーネス一式						
外 装	前腕 : 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 8字ハーネス一式 9字ハーネス一式 たわみ式肘継手(一組) 前方支持バンド 上腕カフ(三角筋パッド)							
完 成 用 部 品	購 入	肩 継 手	隔板式 屈曲・外転式 ユニバーサル式					
		肘 継 手	硬性たわみ式 単軸ヒンジ 多軸ヒンジ式 倍動ヒンジ 能動単軸ブロック式 手動単軸ブロック式 作業用幹部式 単軸式(単軸固定式)					
		手 継 手	面摩擦式 軸摩擦式 迅速交換式 屈曲式 手屈曲式 作業用幹部式 手部コネクタ					
	手先具	能動ハト [®] 能動フック 装飾ハト [®] 装飾手袋(コスミック [®] クラブ) 作業用手先具						
	その他	フォームカバー 断端袋 ライナー (_____)						
	借受けが適 当な完成用部品	部 品 名						
	借受け期間	_____ か月 (最長1年が原則です。)						
	理 由							
特記事項								
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医療機関の所在地 名 称 医師氏名</p>								
<p>※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者</p>								
<p>※ _____ については、原則、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定ですが、上記補装具適合判定 医師研修会修了者が作成した場合は、この意見書での判定が可能となります。</p>								
<p>※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入 の処方となります。</p>								
<p>※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。</p>								

(表面)

義 足 意 見 書

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」を記載して下さい。)				
原傷病名					
切断部位	切断肢 (右 左 両側) 切断日 (年 月 日) 骨盤部 股関節 大腿部 膝関節 下腿部 足関節 サイム切断 ショパール関節 リスフラン関節 足指 (第 指)				
障 が い 疾 病 等 の 状 況	断端長	()cm			
	断 端 の 形 状	骨端部の突出	なし	あり	
		浮腫	なし	あり	
		断端の形	円錐形	円筒形	先端が太くなっている
	皮 膚	術創の状態	治癒	治癒していない(状態:)	
		癒痕の有無	なし	あり(状態:)	
		皮下組織	ふつう	硬い	柔らかい
		血流(循環)	よい	よくない()	
	知覚障害	なし	知覚過敏	知覚鈍麻	知覚脱失
	痛み	自発痛	圧痛点	運動痛	神経腫 幻肢痛
下肢関節機能	(上位関節の可動性・筋力の状態等を記載して下さい。)				
立位保持 (義足未使用)	可能	手すり等につかまれば可能	一部可能	不可能	
移動方法 (義足未使用)	介助不要	一部介助	全面介助		
	※ 使用する補装具 (なし・ あり 補装具名:)				
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。)				
使用効果見込み					

※ 欠損の場合も切断に準じて、必要な箇所を記載して下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

義 足 の 処 方 (購 入 及 び 借 受 け)

処方部位		右 ・ 左 ・ 両側 (右: _____ 左: _____)		
構造		殻構造 ・ 骨格構造		
名称		股義足	大腿義足	
基本型式	型式	普通	常用	
		カナダ式	吸着式常用	
		作業用	作業用	
			作業用(鉄脚使用)	
採型区分	受皿式	差込式	差込式	
	カナダ式	ライナー式	ライナー式	
		吸着式	吸着式	
(加算項目)	片側骨盤切断用	短断端切断用 キップシャフト 坐骨収納型ソケット	大腿支柱付き	
		ソフトインサートのシリコン又は、完成用部品のライナーを使用して仮合わせ専用のチェックソケットを用いる		
製作要素	ソケット	アルミニウム、セルロイド 皮革 熱硬化性樹脂 熱硬化性樹脂(下腿部支持式) 熱可塑性樹脂		
	(加算項目)	エアクッションソケット 主たる積層材にカーボンストッキネットを使用 二重式ソケット		
	ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコーン 皮革(下腿部支持式) 軟性発泡樹脂(下腿部支持式) 皮革・軟性発泡樹脂(下腿部支持式)		
	支持部	木製 アルミニウム、セルロイド 熱硬化性樹脂 軟性発泡樹脂(足部) 骨格構造用		
懸垂用品	股	懸垂帯一式		
	大腿	シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊带 義足用股吊带		
下腿	腰バンド 横吊带 大腿もも締め一式 PTBカフベルト一式			
外装	皮革 プラスチック 塗装 リアルソックス 表革 裏革 骨格構造用			
完成用品	継手	股継手	ヒンジ継手 カナダ式 ロック式	
		膝継手	殻	ヒンジ継手 鉄脚 ブロック継手
			骨格	単軸膝 安全膝 多軸膝
	足継手	固定式(SACH足用) 遊動式 多軸足部		
	足部	固定足部 単軸足部 多軸足部 SACH足部 ドリンガー足部 装飾足袋 サイム用足部		
その他	ブロック コネクタ チューブ クランクアダプタ ターンテーブル ライナー コネクションプレート フォームカバー ストッキネット 吸着バルブ 断端袋 ライナーロックアダプタ 懸垂ベルト (_____)			
借受けが適当な完成用品	部品名	借受け期間 _____ 月 (最長1年が原則です。)		
理由	_____			
特記事項	_____			

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者

※ については、原則、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定ですが、上記補装具適合判定医師研修会修了者が作成した場合は、この意見書での判定が可能となります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

下 肢 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳	
住 所		手帳等級	種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)			
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()		
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失		
	上肢機能	右 障がい (なし・あり)	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)	
		左 障がい (なし・あり)		
	体幹機能	障がい (なし・あり)		
	下肢機能	右 障がい (なし・あり)		
		左 障がい (なし・あり)		
	脚長差	なし あり (右下肢長 cm ・ 左下肢長 cm)		
	立位保持	可能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能		
	歩 行 の 状 態	補装具	【 使用している補装具 】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 右 補装具名： <input type="checkbox"/> 左 補装具名：	
未装着時		实用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能		
装着時		实用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能		
具体的所見		(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)		
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)			
使用効果見込み				

(裏面)

下肢装具の処方(購入及び借受け)

(使用場所: 屋内・屋外・屋内外)

基本型式	処方部位	右・左・両側(右: _____ 左: _____)					
	名称	股装具	長下肢装具	膝装具	短下肢装具	ツイスター 足底装具	
	基本構造等	金属枠	両側支柱	両側支柱	両側支柱(靴あり・なし)	軟性	アーチサポート
		硬性	(靴あり・なし)	硬性	片側支柱(靴あり・なし)	鋼製ケーブル	メタサルサポート
		軟性	片側支柱	(継手あり・なし)	S型支柱(靴あり・なし)		補高
			(靴あり・なし)	スウェーデン式	鋼線支柱(靴あり・なし)		内側楔
		硬性	軟性	板ばね	外側楔		
				硬性(支柱つき・なし)			
				軟性			
	採型区分(加算項目)	補高用足部					
製作要素	継手	股継手	固定式 遊動式				
		膝継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
		足継手	固定式	遊動式	プラスチック継手		
	支持部	仙腸支持部	モールド(支柱つき・支柱なし) フレーム 軟性 骨盤帯(芯あり・芯なし)				
		大腿支持部	半月 皮革等(カバント [®] ・大腿コルセット) モールド(熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)				
		下腿支持部	半月 皮革等(カバント [®] ・下腿コルセット) モールド(熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)				
		足部	あぶみ 足部(皮革等[大・小]) モールド[熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂] 標準靴)				
	加算項目	大腿支持部坐骨支持式 下腿支持部(PTB式・PTS式・KBM式) 足板補強 カーボン					
補高	右足(補高)	cm: 敷き革式	cm	靴の補高	cm		
	左足(補高)	cm: 敷き革式	cm	靴の補高	cm		
その他の加算要素	膝サポーター(支柱つき・支柱なし) 膝当て T・Yストラップ 補高足部 ダイヤルロック 足底裏革 高さ調整 内張り(大腿部・下腿部・足部) その他(_____)						
完成用部品	購入	名称	使用部品				
		股継手					
		膝継手					
		足継手					
		あぶみ					
	その他						
借受けが適当な完成用部品	部品名						
	借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)					
	理由						
[特記事項]							
<p>上記のとおり意見する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 名称 医師氏名</p>							
<p>※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者</p> <p><input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)</p>							
<p>※ 長下肢装具と短下肢装具の免荷付き及び特殊な装具については、この意見書による書類判定ではなく、身体障害者更生相談所へ来所していただく来所判定となります。</p> <p>※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。</p> <p>※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。</p>							
[大分県身体障害者更生相談所]							

(表面)

靴型装具意見書

氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
住所		手帳等級	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)		
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()	
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失	
	上肢機能	右 障がい (なし・あり)	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)
		左 障がい (なし・あり)	
	体幹機能	障がい (なし・あり)	
	下肢機能	右 障がい (なし・あり)	
		左 障がい (なし・あり)	
	脚長差	なし あり (右下肢長 cm ・ 左下肢長 cm)	
	立位保持	可能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能	
	歩行の状態	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名：)	
(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)			
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)		
使用効果見込み			

(裏面)

靴型装具の処方

(使用場所：屋内・屋外・屋内外)

基本型式	処方部位(患足)	右・左・両側(右： _____ 左： _____)				
	基本構造	長靴	半長靴	チャッカ靴	短靴	
	採型区分(加算項目)	補高足部				
製作要素	患足	整形靴	整形靴	整形靴	整形靴	
		特殊靴	特殊靴	特殊靴	特殊靴	
	(加算項目)	グッドイヤー式・マッケイ式				
	健足	長靴	半長靴	チャッカ靴	短靴	
	(加算項目)	グッドイヤー式・マッケイ式				
	付属品等の加算要素	名 称				
		月型の延長	スチールバネ入り	トゥボックス補強	鉛板の挿入	
		足背バンド	マジックバンド(裏付き) () 本			
		補高	右足(補高 _____ cm : 敷き革式 _____ cm 靴の補高 _____ cm)			
			左足(補高 _____ cm : 敷き革式 _____ cm 靴の補高 _____ cm)			
ヒールの補正						
足底の補正						
その他						
完成用部品	使用部品名称					
〔特記事項〕						
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)						

※状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

体 幹 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 ()歳	
住 所		手帳等級	種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)			
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()		
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失		
	体 幹 機 能 障 害		(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)	
	下肢機能	右	障がい (なし・あり)	
		左	障がい (なし・あり)	
立位保持	可 能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不可能			
歩行の状態	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名：)			
	(所見：歩容・歩行可能な距離などを記載して下さい。)			
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)			
使用効果見込み				

(裏面)

体幹装具の処方（購入及び借受け）

基 本 型 式	名 称		基 本 構 造		
		頸椎装具	金属枠	硬性	カラー
	胸椎装具	金属枠	硬性	軟性	
	腰椎装具	金属枠	硬性	軟性	
	仙腸装具	金属枠	硬性	軟性 骨盤帯	
	側弯症装具	ミルウォーキー型	頭部に及ばないもの		
製 作 要 素	頸椎支持部	モールド(熱可塑性樹脂) (支柱つき・支柱なし)		フレーム	
		カラー (あご受けあり・あご受けなし)			
	胸椎支持部	モールド(熱可塑性樹脂) (支柱つき・支柱なし)		フレーム	
		軟性			
	腰椎支持部	モールド(熱可塑性樹脂) (支柱つき・支柱なし)		フレーム	
		軟性			
	仙腸支持部	モールド(熱可塑性樹脂) (支柱つき・支柱なし)			
		軟性 骨盤帯 (芯のあるもの・芯のないもの)			
	骨盤支持部	皮革	モールド(熱可塑性樹脂)	ペルビックガードル	
	(支持部加算項目)	モールドサンドイッチ構造			
そ の 他 の 加 算 要 素	名 称		種 類		
	体幹装具 付属品				
	側弯症装具 付属品				
	内張り				
完 成 用 部 品	名 称		使 用 部 品		
	購 入	ミルウォーキーネックリング			
		前方支柱			
		後方支柱			
		アウトリガー			
		蝶番			
	前方支柱固定金具				
借受けが適当な 完成用部品	部品名				
	借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)			
	理由				
〔特記事項〕					
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名					

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

上肢装具意見書

氏名		生年月日	年 月 日 () 歳	
住所		手帳等級	種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)			
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()		
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失		
	部 位	右	障 が い (な し ・ あ り)	
		左	障 が い (な し ・ あ り)	
	所 見	(所見：関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)		
その他の所見	(傷病歴・合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)			
使用効果見込み				

(裏面)

上肢装具の処方（購入及び借受け）

基本型式	処方部位	右・左・両側（右： _____ 左： _____）			
	名称	基本構造			
	肩装具	金属枠	硬性		
	肘装具	両側支柱	硬性	軟性	
	手関節背屈保持装具	パネル型	トーマス型	オープンハイマー型 硬性	
	長対立装具				
	短対立装具				
	把持装具	手関節駆動式	ハーネス駆動式		
	MP 屈曲補助装具	パネル型	プラスチック	軟性	
	MP 伸展補助装具	パネル型	プラスチック	軟性	
製作要素	指装具	（ 指用ナックルバンダー ・ 指用逆ナックルバンダー ）			
	BFO	（ 食事動作補助器 ）			
	継手	肩継手	固定式	遊動式	肩回旋装置
		肘継手	固定式	遊動式	プラスチック継手
		手継手	固定式	遊動式	プラスチック継手 鋼線支柱
		M P 継手	固定式	遊動式	
		I P 継手	固定式	（ 金属 ・ モールド ）	遊動式 鋼線支柱
	支持部	胸郭支持部	モールド（熱可塑性樹脂）		フレーム
		骨盤支持部	モールド（熱可塑性樹脂）		フレーム
		上肢支持部 （加算項目）	半月 皮革等（カフバンド・上腕コルセット）	モールド（熱可塑性樹脂）	
前腕支持部 （加算項目）		半月 皮革等（カフバンド・前腕コルセット）	モールド（熱可塑性樹脂）		
手部背側パッド		モールド	フレーム		
その他の加算要素	手掌パッド	モールド	フレーム		
	その他の加算要素	基節骨パッド（モールド・フレーム） 中・末節骨パッド（モールド・フレーム）			
		対立バー Cバー アウトリガー 伸展・屈曲補助バネ 肘当て			
ターンバックル ダイヤルロック 内張り（上腕部・前腕部・手部）					
完成用部品	名称	使用部品			
	肩継手				
	肘継手				
	手継手				
	把持装具用部品				
	指装具用部品				
	その他				
借受けが適当な完成用部品	部品名				
	借受け期間	_____ か月（最長1年が原則です。）			
	理由				
特記事項					

上記のとおり意見する。

年 月 日
 医療機関の所在地
 名称
 医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

座位保持装置意見書

氏名		生年月日	年	月	日生()歳	
住所				身体障害者手帳	種 級	
障害名及び原傷病名及び疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害名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に規定する疾病名を記載して下さい。)					
障 が い の 疾 病 等 の 状 況	身長 (cm)		体重 (kg)		頭部支持 (可能 不安定 不可能)	
	気管切開 (なし ・ あり)		経管栄養 (なし ・ あり)		意識障がい (なし ・ あり)	
	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()				
	上肢機能	右	障がい (なし ・ あり) (所見:関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)			
		左	障がい (なし ・ あり)			
	体幹機能	障がい (なし ・ あり)				
	下肢機能	右	障がい (なし ・ あり)			
		左	障がい (なし ・ あり)			
	座位保持	短時間可能 支持 (背部 ・ 脇部)があれば短時間可能 介助しても困難 不可能				
	椅子からの立ち上がり	手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能				
立位保持	手すり等があれば短時間可能 介助があれば短時間可能 介助しても困難 不可能					
知覚障がい	なし 不明 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失 (部位:) ※褥瘡の有無 (なし 既往あり 現在あり) (部位:)					
その他の所見	(処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)					
座位保持装置の使用経験	なし ・ あり	使用目的	移動用 屋内用 車載用 その他()			
使用場所	自宅又は施設内(共有空間 ・ ベッド ・ トイレ ・ 入浴) ・ 学校 ・ 屋外 (通院や通学等) その他()					
使用効果見込み	(使用により可能となることが見込まれる活動等を記載して下さい。) なし ・ あり 効果内容:					

(裏面へ続く)

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

座位保持装置の処方（購入及び借受け）

身体部位区分による基本価格		採寸	頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿・足部(左・右)		
		採型	頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部			
製	支 持 部	頭 部	頭部支え				・フレックス構造有		
		上 肢	上肢支え(左・右)		前腕・手部支え(左・右)		・フレックス構造有		
		体 幹 部	平面形状型	モールド型(採型・採寸)		シート張り調節型		・フレックス構造有	
		骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型(採型・採寸)		シート張り調節型		・フレックス構造有	
		下 腿 部	下腿支え(左・右)				・フレックス構造有		
		足 部	足台(左・右)				・フレックス構造有		
	支の 持連 部結	固 定	頭部	腰部(左・右)	膝部(左・右)	足部(左・右)			
		遊 動	腰部(左・右)		膝部(左・右)	足部(左・右)			
		角度調整用部品	機械式(使用本数 本)		ガス圧式(使用本数 本)	電動式(使用本数 本)			
	構 造 フ ォ ム	使用材料	木材 金属						
(付加機能)		ティルト機構 昇降機構 車いす 電動車椅子→(名称:)							
作	付	カットアウトテーブル	カットアウトテーブル(表面クッション張りあり・なし)						
		上肢保持部品	アームレスト(左・右)	肘パッド(左・右)	縦型グリップ(左・右)	横型グリップ(左・右)			
		体幹保持部品	肩パッド(左・右)	胸パッド	胸受けロール	体幹パッド(左・右)	腰部パッド		
		骨盤保持部品	骨盤パッド(左・右) 臀部パッド						
		下肢保持部品	内転防止パッド		外転防止パッド(左・右)	膝パッド(左・右)	下腿保持パッド(左・右)		
	足部保持パッド(左・右)								
要	属 品	ベルト部品		肩ベルト(左・右)	腕ベルト(左・右)	手首ベルト(左・右)	胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト 大腿ベルト(左・右) 膝ベルト(左・右) 下腿ベルト(左・右) 足首ベルト(左・右)		
		支 持 部 カ バ ー	頭 部	頭部				・脱着式	
			上 肢	上肢(右・左)				・脱着式	
			体 幹 部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型		・脱着式	
			骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型		・脱着式	
			下 腿 部	下腿部(右・左)				・脱着式	
	足 部	足部(右・左)				・脱着式			
	素	内 張 り	アームレスト(左・右)		テーブル				
		体圧分散補助素材	頭部上肢(左・右)		体幹部	骨盤・大腿部	下腿部(左・右)	足部(左・右)	
		キャスター	キャスター 個(多機能キャスター 個)						
そ の 他		介助用グリップ(左・右)		ストッパー(個)	高さ調整用台座				
調 節 機 構	高 さ 調 節	頭部支持部	体幹支持部	骨盤・大腿支持部	足部支持部(左・右)	アームレスト(左・右)			
	前 後 調 節	頭部支持部		骨盤・大腿支持部	足部支持部(左・右)				
	角 度 調 節	頭部支持部		テーブル					
	脱 着 機 構	体幹パッド(左・右)		骨盤パッド(左・右)	膝パッド(左・右)	アームレスト(左・右)			
	開 閉 機 構	アームレスト(左・右)		足部支持部(右・左)					
完 成 用 部 品	購 入 部 品								
	借受けが適当な 完成用部品	部 品 名							
		借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)						
	理 由								

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名 称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)


※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方して下さい。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

補聴器意見書

氏名			生年月日	年 月 日 歳																																																																								
住所				手帳等級	種 級																																																																							
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)																																																																											
障がい・疾病等の状況	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>Hz</td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>110</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				500	1000	2000	Hz	聴力					0					10					20					30					40					50					60					70					80					90					100					110					聴力 右 d B 左 d B 鼓膜の状態 		
		500	1000	2000	Hz																																																																							
聴力																																																																												
0																																																																												
10																																																																												
20																																																																												
30																																																																												
40																																																																												
50																																																																												
60																																																																												
70																																																																												
80																																																																												
90																																																																												
100																																																																												
110																																																																												
その他の所見	(難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)																																																																											
補聴器の処方	装用耳	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左右どちらでもよい <input type="checkbox"/> 両耳 <small>(聴力が低下している側や両耳に処方する場合はその理由を記載して下さい。)</small>																																																																										
	名称	<table border="0"> <tr> <td>高度難聴用</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ポケット型</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>耳かけ型</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>重度難聴用</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ポケット型</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>耳かけ型</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>耳あな型</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>レディメイド</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>オーダーメイド</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>骨導式</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ポケット型</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>眼鏡型</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					高度難聴用	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	耳かけ型	<input type="checkbox"/>	重度難聴用	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	耳かけ型	<input type="checkbox"/>	耳あな型	<input type="checkbox"/>	レディメイド	<input type="checkbox"/>	オーダーメイド	<input type="checkbox"/>	骨導式	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	眼鏡型	<input type="checkbox"/>																																														
	高度難聴用	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	耳かけ型	<input type="checkbox"/>																																																																						
重度難聴用	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	耳かけ型	<input type="checkbox"/>																																																																							
耳あな型	<input type="checkbox"/>	レディメイド	<input type="checkbox"/>	オーダーメイド	<input type="checkbox"/>																																																																							
骨導式	<input type="checkbox"/>	ポケット型	<input type="checkbox"/>	眼鏡型	<input type="checkbox"/>																																																																							
処方理由等																																																																												
注2) 付属品	<input type="checkbox"/> イヤモード	必要な理由 <input type="checkbox"/> 補聴器の試用の際（補聴効果を調べるとき）、ハウリングしやすい <input type="checkbox"/> 外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない <input type="checkbox"/> その他 {																																																																										
	<input type="checkbox"/> 受信機 <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（充電器を含む） <input type="checkbox"/> オーディオチュー <input type="checkbox"/> その他 {																																																																											
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名																																																																												

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。

身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補聴器適合判定医師研修会修了者

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 該当する項目の□の中に、チェックを入れて下さい。

※ 補聴器の処方に当たっては裏面「記入上の注意」をご参照のうえ、ご記入下さい。

※ 状況によっては、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

(裏面)

記入上の注意

事務の円滑・適正な運用に資するため、下記に留意し、表面「補聴器意見書」の記入をお願いします。

● 補聴器の基本構造及び対象者

種別		内容	
高度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB未満のもの。 90dB最大出力音圧のピーク値が125dB以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。 ② 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が130db未満のもの。 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が120db以上に及ぶ場合は出力制限装置をつける。	
	対象者	概ね聴力レベルが90dB未満の者	
重度難聴用 ポケット型 耳かけ型	基本構造	① 90dB最大出力音圧のピーク値の表示値が140dB以上のもの。 その他は高度難聴用①に準ずる。 ② 90dB最大出力音圧レベルの最大値の公称値が130db以上のもの。 その他は高度難聴用②に準ずる。	
	対象者	概ね聴力レベルが90dB以上の者	
耳あな型	レディメイド	基本構造	高度難聴用に準ずる。
		対象者	ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に耳あな型の補聴器を必要とする者。
	オーダーメイド	基本構造	耳あな型レディメイドに準ずる。ただし、出力制限装置は内蔵型を含むもの。
		対象者	障がいの状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式 ポケット型 眼鏡型	基本構造	90dB最大フォースレベルの表示値が110dB以上のもの。	
	対象者	伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者または外耳閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓またはイヤーマールドの使用が困難な者。	
イヤーマールド	対象者	外耳道の変形等により、既成の耳栓が合わない者。 補聴器の試用の際(補聴効果を調べるとき)、ハウリングが避けられない者	

● 補聴器の差額自己負担について

大分県では、平成31年度から、基本構造である高度難聴用、重度難聴用に変更がない場合で、価格の差額自己負担を使用者が了解すれば、希望する型(ポケット型・耳かけ型・耳あな型)を選択できるようになりました。骨導式についても同様に、ポケット型から眼鏡型に変更可能です(下図参照)。

なお、医学的な処方による対象者の判断基準に変更はありません(上図参照)。

また、本人が差額自己負担により耳あな型等を希望する場合でも、スイッチ操作が困難な場合等個人の状況によって医学的処方からの変更が不適当と判断される場合は、表面の「補聴器の処方」欄の処方理由等にその旨をご記入下さい。

差額を自己負担することにより変更可能な補聴器	
判定で処方された補聴器	差額自己負担できる補聴器
高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型	高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型	重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 耳あな型(レディメイド・オーダーメイド)
骨導式ポケット型	骨導式眼鏡型

● 両耳装用について

補装具費の支給対象となる補聴器の個数は、原則として1個(片耳)です。ただし、身体障害者・児の障がいの状況を勘案し、職業又は教育上等、真に必要な場合は、2個(両耳)支給できます。

● 「処方理由等」欄の記入について

下記に該当する処方の場合は、処方理由や使用効果を必ず「理由」の欄に記入して下さい。

- 装用耳は聴力の良い方が補聴効果が高いとされていますが、聴力が低下している側に処方する場合
- 装用耳の聴力が90dB未満で、重度難聴用補聴器を処方する場合
- 耳あな型や両耳装用、付属品の受信機やワイヤレスマイク及びオーディオチューナーを希望する場合

(表面)

車 椅 子 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)		
障 が い の 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()	
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失 (部位:)	
	褥 瘡	既往なし 既往あり 現在あり (部位:) 発赤や傷の危険性が高い 発赤や傷の危険性が高いが自力で除圧可能 危険性が低い (部位:)	
	上肢機能	右 障がい (なし・あり)	(関節の可動性、筋力、変形などを記載して下さい。)
		左 障がい (なし・あり)	
	体幹機能	障がい (なし・あり)	
	下肢機能	右 障がい (なし・あり)	
		左 障がい (なし・あり)	
	座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 不可能	
	椅子からの立ち上がり	可能 手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能	
歩行の状態	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名:)		
車椅子操作	自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他:)		
移 乗	自立 要見守り 一部介助 全面介助		
その他の所見	(合併症及び高次脳機能障がい等で車椅子操作能力、処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)		
その他	身長 (cm) 体重 (kg) 左右大転子間距離 (cm)		
使用効果見込み			

(裏面)

車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

		< 自 操 用 >		< 介 助 用 >	
車 名 称	製 作 法	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式片手駆動型		<input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型	
		<input type="checkbox"/> レディメイド (標準規格品) <input type="checkbox"/> オーダーメイド (注文品) (※必要な理由)		<input type="checkbox"/> モジュラー方式 (※必要な理由)	
子 付 の 属 方 品	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> その他()			
	アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式(段階調整式) <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡張(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他()			
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式(パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式(脱着含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式			
	フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 左右調整			
	その他	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 幅止め (本)			
ク ッ シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるもの 使用部位：	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左・両) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左・両) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び 立体編物構造のもの (使用部位：座面・背もたれ)	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (使用部位：座面・背もたれ・その他：)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (使用部位：座 面 ・ その他：)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (使用部位：座面・背もたれ・その他：)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (使用部位：座 面 ・ その他：)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> 枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			
シ ョ ン	<input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> シートベルト (本) (使用部位：)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他			

[特記事項]

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名 称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

車椅子意見書 (心臓機能障害者用)

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	
住所				手帳等級	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	心臓機能の臨床所見	(年 月 日の状況) ア 動悸 (あり・なし) ケ 人工ペースメーカー (あり・なし) イ 息切れ (あり・なし) コ 人工弁の移植・置換 (あり・なし) ウ 心音異常 (あり・なし) サ 陳旧性心筋梗塞 (あり・なし) エ 呼吸困難 (あり・なし) シ 房室ブロック (あり・なし) オ 胸痛 (あり・なし) ス 心房細動 (粗動) (あり・なし) カ チアノーゼ (あり・なし) セ 期外収縮 (あり・なし) キ 浮腫 (あり・なし) ク 不整脈 (あり・なし)			
		具体的状況： 身体活動能力 (運動強度 メッツ)			
	その他の所見	視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり	
	肢体不自由	障がいなし 障がいあり	呼吸器	障がいなし 障がいあり	
	(心臓機能障がい以外で車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)				
現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名：) (歩行等移動に支障をきたしている具体的な身体状況を記載して下さい。)				
移乗動作	自立	要見守り	一部介助	大部分介助	全介助
手動式車椅子操作	自立	平地なら可能	平地でも一部介助	实用性に乏しい	不可能
	※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他：)				
その他	身長(cm)	体重(kg)	握力右(kg)	左(kg)	左右大転子間距離(cm)
使用効果見込み	なし・あり 効果内容：				

裏面へ続く

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

		< 自 操 用 >		< 介 助 用 >	
車 名 称	製 作 法	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式片手駆動型		<input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型	
		<input type="checkbox"/> ※ リクライニング又はリクライニング・ティルト式の必要な理由			
子 付 の 属 処 方 品	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 (段階調整式) <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅 (右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 (パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 (脱着含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式			
	フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 左右調整			
	その他	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 幅止め (本)			
	クッション	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるもの <input type="checkbox"/> 使用部位: ()		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左・両) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左・両) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ	
	クッション	<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び立体編物構造のもの (使用部位: 座面・背もたれ) (その他:)			
	クッション	<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (使用部位: 座面・背もたれ・その他:)			
	クッション	<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (使用部位: 座面・その他:)			
	クッション	<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (使用部位: 座面・背もたれ・その他:)			
	クッション	<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (使用部位: 座面・その他:)			
	クッション	<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> 枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)			
	クッション	<input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したものの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> シートベルト (本) <input type="checkbox"/> 使用部位: ()		<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他 ()	

[特記事項]

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

身障法第15条指定医 (心臓機能障害)

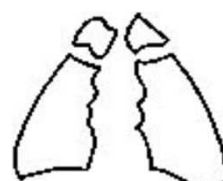
難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医 (身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

車椅子意見書 (呼吸器機能障害者用)

氏名			生年月日	年 月 日 ()歳	
住所			手帳等級	種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	呼吸器機能の臨床所見	① 在宅酸素療法の有無 有 (常時 ・ 活動時のみ) ・ 無 ② 換気機能 (年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 一秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ③ 動脈血ガス (年 月 日) ア 酸素の有無 (有 ・ 無) イ O ₂ 分圧 Torr ウ CO ₂ 分圧 Torr エ pH _____ オ 採血より分析までに 時間 を要した場合 時間 分 カ 耳朶血を用いた場合 []		④ 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)  ア 胸膜癒着 (無・軽度・中程度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中程度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中程度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中程度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中程度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中程度・高度) ⑤現在の活動能力の程度	
	その他の所見	視力・視野	障がいなし 障がいあり	聴力	障がいなし 障がいあり
	知的・認知 高次脳機能障がい等	障がいなし 障がいあり	音声・言語機能	障がいなし 障がいあり	
	肢体不自由	障がいなし 障がいあり	心臓機能	障がいなし 障がいあり	
	(呼吸器機能障がい以外で車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)				
現在の移動方法	平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名 :) (歩行等移動に支障をきたしている具体的状況を記載して下さい。)				
移乗動作	自立	要見守り	一部介助	大部分介助	全介助
手動式車椅子操作	自立	平地なら可能	平地でも一部介助	実用性に乏しい	不可能
	※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他 :)				
その他	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg) 左右大転子間距離 (cm)				
使用効果見込み	なし・あり 効果内容 :				

車椅子の処方 (使用場所： 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外)

車	名	< 自 操 用 >		< 介 助 用 >		
		<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式片手駆動型		<input type="checkbox"/> 手押し型 <input type="checkbox"/> A 大車輪のあるもの <input type="checkbox"/> B 小車輪だけのもの <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> ※ リクライニング又はリクライニング・ティルト式の必要な理由 </div>		
製	作	法	<input type="checkbox"/> レディメイド (標準規格品)	<input type="checkbox"/> オーダーメイド (注文品) ※ 必要な理由	<input type="checkbox"/> モジュラー方式 ※ 必要な理由	
			バックサポート <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
子	付	アームサポート <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 (段階調整式) <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡張 (右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		レッグサポート <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式 (パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式 (脱着含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式				
		フットサポート <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 左右調整				
		その他 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> 幅止め (本)				
の	属	処	方	品	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるもの (使用部位:)	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左・両) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左・両) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア-式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ノーパンクタイヤ <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左・両) <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> その他
					<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び 立体編物構造のもの (使用部位: 座面・背もたれ その他:)	
					<input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (使用部位: 座面・背もたれ・その他:)	
					<input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (使用部位: 座面・その他:)	
					<input type="checkbox"/> フローテーションパッド (使用部位: 座面・背もたれ・その他:)	
					<input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (使用部位: 座面・その他:)	
					<input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> 枕 (<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド)	
					<input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> シートベルト (本) (使用部位:)	
					[特記事項]	

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関の所在地
名 称
医師氏名

※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。

- 身障法第15条指定医 (呼吸器機能障害)
- 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医 (身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

(表面)

電動車椅子意見書

氏名		生年月日		年 月 日 () 歳	
住所		手帳等級		種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名		(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)			
障 が い の 疾 病 等 の 状 況	現在までの経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)			
	運動障がい	身長(cm) 体重(kg) 握力右(kg) 左(kg) なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他()			
	知覚障がい	なし 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失 (部位:)			
	褥 瘡	既往なし 既往あり 現在あり (部位:) 発赤や傷の危険性が高い 発赤や傷の危険性が高いが自力で除圧可能 危険性が低い (部位:)			
	上肢機能	右	障がい(なし・あり)		
		左	障がい(なし・あり)		
	体幹機能	障がい(なし・あり)			
	下肢機能	右	障がい(なし・あり)		
		左	障がい(なし・あり)		
	座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 不可能			
	椅子からの立ち上がり	可能 手すり等があれば可能 介助があれば可能 介助しても困難 不可能			
	歩行の状態	平地又は短距離のみ可能 屋内歩行のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※使用する補装具(なし・あり 補装具名:)			
	手動式車椅子操作	自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他:)			
	移 乗	自立 要見守り 一部介助 大部分介助 全介助			
	合併症等	視力・視野	障がいなし・障がいあり		聴 力
		知的・認知 高次脳機能等	障がいなし・障がいあり		音声・言語機能
	具体的所見:				
	その他の所見	(内部障がい等で電動車いすの操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)			
屋外走行時の交通規則の理解・遵守		可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難			
現在の移動手段	屋内	歩行 伝い歩き 補装具を使用(自立・要介助 補装具名:)			
	屋外	補装具を使用(自立・要介助 補装具名:)			
使用効果	なし・あり 効果内容:				

(裏面へ続く)

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

電 動 車 椅 子 意 見 書 (心臓機能障害者用)

氏 名			生年月日	年 月 日()歳	
住 所			手帳等級	種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	心臓機能の臨床所見	(年 月 日の状況) ア 動悸 (あり・なし) ケ 人工ペースメーカー (あり・なし) イ 息切れ (あり・なし) コ 人工弁の移植・置換 (あり・なし) ウ 心音異常 (あり・なし) サ 陳旧性心筋梗塞 (あり・なし) エ 呼吸困難 (あり・なし) シ 房室ブロック (あり・なし) オ 胸痛 (あり・なし) ス 心房細動 (粗動) (あり・なし) カ チアノーゼ (あり・なし) セ 期外収縮 (あり・なし) キ 浮腫 (あり・なし) ク 不整脈 (あり・なし)			
	その他の所見	視力・視野 障がいなし 障がいあり 聴力 障がいなし 障がいあり 知的・認知 障がいなし 障がいあり 音声・言語機能 障がいなし 障がいあり 高次脳機能障がい等 肢体不自由 障がいなし 障がいあり 呼吸器機能 障がいなし 障がいあり (心臓機能障がい以外で電動車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)			
	現在の移動方法	身長(cm) 体重(kg) 握力右(kg) 左(kg) 平地や短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名:) (電動車椅子がないと移動に困る具体的状況を記載して下さい。)			
手動式車椅子操作	使用していない 自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他:)				
屋外使用時の交通規則の理解・遵守	可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難				
使用目的及び場所	屋内での移動 屋外での移動 (通勤 ・ 通学 ・ 通院 ・ 通所 ・ 買物 ・ 散歩) その他 ()				
電動車椅子の使用効果	なし・あり 効果内容:				

裏面へ続く

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

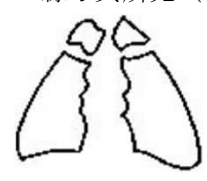
電動車椅子の処方 (使用場所：屋内・屋外・屋内外)

電動車椅子の処方	名	<input type="checkbox"/> 普通型 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 普通型 (6.0 km/h) <input type="checkbox"/> 簡易型 <input type="checkbox"/> A切替式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) <input type="checkbox"/> Bアシスト式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) 車いす部分の名称 <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型		<input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> その他		
	子	バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
の	オ	アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式(段階調整式) <input type="checkbox"/> 角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡幅(右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他()			
方	シ	レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 挙上式(パッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉挙上式(脱着含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式			
	ョ	フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 左右調整			
	ン	操作部	<input type="checkbox"/> 手動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> 電動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> 感度調整式ジョイスティック <input type="checkbox"/> ジョイスティックのバネ圧変更 <input type="checkbox"/> 延長式スイッチ(本) <input type="checkbox"/> その他()			
	の	レバーノブ形状	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> Uノブ <input type="checkbox"/> T字 <input type="checkbox"/> 球ノブ <input type="checkbox"/> その他()			
	方	その他	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左) <input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 幅止め(本)			
付	属	クッション	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるクッション (使用場所:) <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び立体編物構造のもの (使用部位: 座面・背もたれ) その他:) <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの (使用部位: 座面・背もたれ・その他:) <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの (使用部位: 座面・背もたれ・その他:) <input type="checkbox"/> フローテーションパッド (使用部位: 座面・背もたれ・その他:) <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの (使用部位: 座面・背もたれ) <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・大腿部サポート)		<input type="checkbox"/> スポークカバー (右・左・両) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右・左・両) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右・左・両) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて)(本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ (雨よけ) <input type="checkbox"/> バッテリー <input type="checkbox"/> 電磁式ブレーキ (簡易型に限る) <input type="checkbox"/> 充電器 (内蔵・外部・簡易型) <input type="checkbox"/> その他	
[特記事項]						
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 (心臓機能障害) <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)						

※ 電動車椅子操作が安全にかつ円滑に実施できるか確認するため、身体障害者更生相談所への来所が必要です。
 ※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

電 動 車 椅 子 意 見 書 (呼吸器機能障害者用)

氏 名	生年月日		年 月 日 ()歳		
住 所	手帳等級		種 級		
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい)				
経過及び治療内容	(傷病等の発生 年 月)				
障 がい 疾 病 等 の 状 況	呼吸器機能の臨床所見	① 在宅酸素療法の有無 有 (常時 ・ 活動時のみ) ・ 無 ② 換気機能 (年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 一秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ③ 動脈血ガス (年 月 日) ア 酸素の有無 (有 ・ 無) イ O ₂ 分圧 Torr ウ CO ₂ 分圧 Torr エ pH _____ オ 採血より分析までに 時間 分 カ 耳朶血を用いた場合 []	④ 胸部エックス線写真所見 (年 月 日)  ア 胸膜癒着 (無・軽度・中程度・高度) イ 気腫化 (無・軽度・中程度・高度) ウ 線維化 (無・軽度・中程度・高度) エ 不透明肺 (無・軽度・中程度・高度) オ 胸郭変形 (無・軽度・中程度・高度) カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中程度・高度) ⑤現在の活動能力の程度		
	その他の所見	視力・視野 障がいなし 障がいあり 知的・認知 高次脳機能障がい等 障がいなし 障がいあり 聴力 障がいなし 障がいあり 音声・言語機能 障がいなし 障がいあり 肢体不自由 障がいなし 障がいあり 心臓機能 障がいなし 障がいあり (呼吸器機能障がい以外で電動車椅子の操作や処方等に影響のある事項を記載して下さい。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記載して下さい。)	身長 (cm) 体重 (kg) 握力 右 (kg) 左 (kg)		
現在の移動方法	平地又は短距離なら歩行可能 屋内歩行可能 伝い歩き可能 歩行できない ※ 使用している補装具 (なし ・ あり 補装具名 :) (電動車椅子がないと移動に困る具体的状況を記載して下さい。)				
手動式車椅子操作	使用していない 自立 平地なら可能 平地でも一部介助 実用性に乏しい 不可能 ※可能な場合の操作方法 (両手・右手・左手・右足・左足・その他 :)				
屋外使用時の交通規則の理解・遵守	可能 安全走行に支障なし 見守りや付添いがあれば可能 安全走行は困難				
使用目的及び場所	屋内での移動 屋外での移動 (通勤 ・ 通学 ・ 通院 ・ 通所 ・ 買物 ・ 散歩) その他 ()				
電動車椅子の使用効果	なし・あり 効果内容 :				

(裏面)

電動車椅子の処方 (使用場所： 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外)

電 動 車 椅 子 の 処 方	名 称	<input type="checkbox"/> 普通型 (4.5 km/h) <input type="checkbox"/> 普通型 (6.0 km/h) <input type="checkbox"/> 簡易型 <input type="checkbox"/> A切替式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) <input type="checkbox"/> Bアシスト式 (<input type="checkbox"/> ACサーボモーター式) 車いす部分の名称 <input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型		<input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 電動リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> その他		
		バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ・含枕) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ機構 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ調整式 (段階調整式) <input type="checkbox"/> 高さ角度調整式 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拡張 (右・左・両) <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 拳上式 (ハッド形状) <input type="checkbox"/> 開閉拳上式 (脱着式含む) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		フットサポート	<input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整 <input type="checkbox"/> 前後調整			
		操作部	<input type="checkbox"/> 手動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> 電動スイングチンコントロール <input type="checkbox"/> その他 ()			
		レバーノブ形状	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 球ノブ <input type="checkbox"/> Uノブ <input type="checkbox"/> T字ノブ <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他	<input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム (右・左) <input type="checkbox"/> 座板 <input type="checkbox"/> 幅止め (本) <input type="checkbox"/> その他 ()					
付 属 品 の 処 方	ク ッ シ ョ ン	<input type="checkbox"/> 局所的に用いるクッション [使用場所:]		<input type="checkbox"/> スポークカバー (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> リフレクタ (反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> 泥よけ (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> フットブレーキ (介助者用) <input type="checkbox"/> 屋外用キャスター (エア一式等) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> ステッキホルダー (杖たて) (本) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養パック取り付け用ガートル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ (雨よけ) <input type="checkbox"/> バッテリー <input type="checkbox"/> 電磁式ブレーキ <input type="checkbox"/> 充電器 (内蔵 ・ 外部 ・ 簡易型) <input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 多層構造及び立体編物構造のもの [使用部位: 座面・背もたれ] <input type="checkbox"/> ゲルとウレタンフォームの組み合わせのもの [その他:] <input type="checkbox"/> バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの [使用部位: 座面・背もたれ] <input type="checkbox"/> フローテーションパッド [使用部位: 座面・背もたれ・その他:] <input type="checkbox"/> 特殊な空気室構造のもの [使用部位: 座面] <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション (骨盤・体幹部サポート) <input type="checkbox"/> 枕 [<input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド]		<input type="checkbox"/> クッションカバー (防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> シートベルト (本) [使用部位:]		
[特記事項]						
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名						
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 (呼吸器機能障害) <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医 (身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限り。)						

※ 電動車椅子操作が安全にかつ円滑に実施できるか確認するため、身体障害者更生相談所への来所が必要です。
 ※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

(表面)

重度障害者用意思伝達装置意見書

氏名		生年月日	年 月 日()歳	
住所			手帳等級 種 級	
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)			
障 が い の 状 況	現在までの経過及び治療内容	(傷病等の発生: 年 月)		
	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()		
	上肢機能	右	障がい(なし・あり)	(具体的所見:関節の変形、筋力など)
		左	障がい(なし・あり)	
	体幹機能	障がい(なし・あり)		
	下肢機能	右	障がい(なし・あり)	
		左	障がい(なし・あり)	
	座位保持	可能 短時間なら支持なしで可能 支持(背部・脇部)があれば可能 座位不能		
	歩行	短距離なら歩行可能 伝い歩きが可能 介助歩行も困難 不可能		
	併 合 症 等	音声・言語機能障がい	なし・あり (発語が不明瞭・発声困難・発声不能)	
人工呼吸器の使用		なし・あり (鼻マスク式・気管切開あり・その他:)		
視力・視野障がい		なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度		
聴力障がい		なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度		
知的・認知・高次脳機能等		なし・障がいはあるが軽度・障がいが重度		
合併症等の状況	具体的所見: (合併症及び高次脳機能障害等で操作や処方等に影響のある事項があれば記載して下さい。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記載して下さい。)			
現在の意思伝達の状況	可能 不十分 困難 不可能			
	具体的な方法及び状況:			
使用経験	なし・試用を行った・使用していた			
	機種:			
操作方法	使用する場所	ベッド・車椅子・その他()		
	スイッチ操作を行う身体部位			
	具体的方法:			
使用効果見込み				

(裏面)

重度障害者用意思伝達装置の処方（購入及び借受け）

名 重 度 障 害 者 用 意 思 伝 達 装 置 の 処 方 又 は 交 換	称 （ 購 入 又 は 借 受 け ）	<input type="checkbox"/> 文字等走査入力方式 <input type="checkbox"/> 文字盤又はシンボル等の選択による表示等の機能を有する簡易なもの <input type="checkbox"/> 簡易な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> 高度な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> 通信機能が付加されたもの
		<input type="checkbox"/> 生体现象方式 生体信号の検出装置及び解析装置 <input type="checkbox"/> 特例補装具（別に、特例補装具意見書が必要です。） 機種名（ ）
		<input type="checkbox"/> 購入が適当 理由： <input type="checkbox"/> 借受けが適当 理由： <input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要 なため。 <input type="checkbox"/> 障がいの進行により、補装具の短期間での交換が想 定されるため。 <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要のため。 <input type="checkbox"/> その他の理由 〔 〕 借受け期間： ヶ月（最長1年を原則とします。）
	付 属 品 の 購 入 又 は 交 換	<input type="checkbox"/> 固定台（アーム式・テーブル置き式・自立スタンド式） <input type="checkbox"/> 入力装置固定具 <input type="checkbox"/> 呼び鈴 <input type="checkbox"/> 呼び鈴分岐装置 <input type="checkbox"/> 接点式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 帯電式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> タッチ式入力装置 <input type="checkbox"/> ピンタッチ式先端部 <input type="checkbox"/> 筋電式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 光電式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 呼気式（吸気式）入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 圧電素子式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 空気圧式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 視線検出式入力装置（スイッチ） <input type="checkbox"/> 遠隔制御装置 <input type="checkbox"/> プリンタ
特記事項（使用上の留意事項、メーカー・品番の希望等）		
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名		
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)		

※ 購入が原則ですが、本体（名称欄）に限り、借受けが適当な場合は借受けを処方して下さい。

※ 現時点で必要なものだけ処方して下さい。

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行って下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

視覚障害用補装具意見書

氏 名		生年月日	年 月 日 歳																																					
住 所			手帳等級 種 級																																					
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)																																							
障がい・疾病等の状況	(本意見書作成時の状態について記載して下さい。)																																							
	1 視力																																							
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">裸 眼</td> <td style="width: 20%;">矯 正</td> </tr> <tr> <td>右眼</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左眼</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				裸 眼	矯 正	右眼			左眼																														
	裸 眼	矯 正																																						
右眼																																								
左眼																																								
2 現症																																								
<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 35%;">右</td> <td style="width: 35%;">左</td> </tr> <tr> <td>前 眼 部</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼 底</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				右	左	前 眼 部			中間透光体			眼 底																												
	右	左																																						
前 眼 部																																								
中間透光体																																								
眼 底																																								
3 その他の所見 (難病患者等は、身体症状等の変動状況や日内変動等について記載して下さい。)																																								
[]																																								
使用目的及び具体的効果																																								
処 方	〔眼 鏡〕																																							
	・矯正用 (近用 ・ 遠用 ・ 両用) [6D未満、6D以上10D未満、10D以上20D未満、20D以上] 遮光用機能 [無 ・ 有 : 品名 () カラータイプ () 遮光率 () %]																																							
	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">レンズ</td> <td style="width: 10%;">球 面</td> <td style="width: 10%;">円 柱</td> <td style="width: 10%;">円柱軸</td> <td style="width: 10%;">プリズム</td> <td style="width: 10%;">基底</td> <td style="width: 10%;">瞳孔間距離</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">遠用</td> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">近用</td> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				レンズ	球 面	円 柱	円柱軸	プリズム	基底	瞳孔間距離	遠用	右 眼							左 眼							近用	右 眼							左 眼					
	レンズ	球 面	円 柱	円柱軸	プリズム	基底	瞳孔間距離																																	
遠用	右 眼																																							
	左 眼																																							
近用	右 眼																																							
	左 眼																																							
・遮光用 [前掛式 、 掛けめがね式] 品名 () カラータイプ () 遮光率 () % ・コンタクトレンズ ・弱視用 [掛けめがね式 (主鏡 倍)、焦点調整式]																																								
〔義 眼〕																																								
[レディメイド 、 オーダーメイド] (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)																																								
上記のとおり意見する。																																								
年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名																																								
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりです。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 視覚障害者用補装具適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)																																								
※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。 ※ 状況により、視野障害の検査結果を添付していただく場合があります。																																								

そ の 他 補 装 具 意 見 書 (購 入 及 び 借 受 け)

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)		
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他 ()	
	上肢機能	右	障がい (なし・あり)
		左	障がい (なし・あり)
	体幹機能	障がい (なし・あり)	
	下肢機能	右	障がい (なし・あり)
		左	障がい (なし・あり)
座位保持	可 能 短時間可能 (可能な座位姿勢:) 不 可能		
椅子からの立ち上がり	可 能 手すり等につかまれば可能 一部介助 不 可能		
歩行	実用歩行が可能 平地又は短距離のみ可能 伝い歩きが可能 歩行不能 ※ 使用する補装具 (なし ・ あり 補装具名:)		
その他の所見	(内部障がいや合併症などを記載して下さい。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記載して下さい。)		
使用効果見込み			
補 装 具 の 種 目 及 び 名 称 等	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 特例 <input type="checkbox"/> 四輪型 (腰掛けつき) <input type="checkbox"/> 四輪型 (腰掛けなし) <input type="checkbox"/> 六輪型 <input type="checkbox"/> 三輪型 <input type="checkbox"/> 二輪型 <input type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 交互型 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 松葉づえ (木材・普通型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (木材・伸縮型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (軽合金・普通型) <input type="checkbox"/> 松葉づえ (軽合金・伸縮型) <input type="checkbox"/> カナディアン・クラッチ <input type="checkbox"/> ロフストランド・クラッチ <input type="checkbox"/> 多脚つえ <input type="checkbox"/> プラットホーム杖		
	【18歳未満の障害児に限り支給対象とするもの】 <input type="checkbox"/> 座位保持椅子 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 起立保持具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 頭部保持具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> 排便補助具 <input type="checkbox"/> 基準内で購入できるもの <input type="checkbox"/> 特例補装具 <input type="checkbox"/> その他 ()		
処 方	<input type="checkbox"/> 購入	<input type="checkbox"/> 借受け (歩行器・座位保持椅子に限る) 理由: <input type="checkbox"/> 身体の成長に伴い、補装具の短期間での交換が必要なため <input type="checkbox"/> 障がいの進行により、補装具の短期間での交換が想定されるため <input type="checkbox"/> 補装具の購入に先立ち、比較検討が必要なため <input type="checkbox"/> その他の理由 { } 借受け期間: か月 (最長1年が原則です)	
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師氏名			
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 義肢装具等適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)			

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 購入が原則ですが、歩行器・座位保持椅子について、借受けの方が適当な場合は借受けを処方して下さい。

[大分県身体障害者更生相談所]

特 例 補 装 具 意 見 書

氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳
住 所		手帳等級	種 級
障害名及び原傷病名又は疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載して下さい。)		
基準に定める補装具や付属品では対応できない理由 注1)	障がい・疾病等の状況		
	日常生活面		
	社会生活面		
	その他の所見 (傷病歴・合併症などを記載して下さい。)		
使用目的及び具体的効果			
処 方	特例補装具名 (名称、型式、付属品名等を記載して下さい。)		
	特徴 (構造、機能及び効用等を具体的に記載して下さい。)		
<p>上記のとおり意見する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 名 称 医師氏名</p> <p>※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催 補装具適合判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医(身障手帳の交付を受けていない難病患者等に限る。)</p>			

※ 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して下さい。
 ※ 原則として、身体障害者更生相談所への来所が必要となります。