

(補様式3)

補装具意見書((車載用)姿勢保持装置)

注:車載用姿勢保持装置の場合は車載用に○をつけてください

氏 名	(男・女)	年 月 日生	(歳)
住 所			
身体障害者 手 帳	有 ・ 無	障がい名	種 級 年 月 日交付
難病疾患名	(身障手帳未取得の場合に記入)		
現病歴および 座位保持の 現状について			
生活状況			
(車載用)姿勢保持 装置の使用歴※	☐ 現在使用 (年 月～) ※申請する(車載用)姿勢保持装置の使用歴を記載すること ☐ 過去に使用(年 月～ 年 月) ☐ 使用歴なし		
具体的処方	別紙のとおりです。		
上記使用効果 見込み	(注:借受けが必要な場合は借受け期間および効果が明確となるように記載。)		
記入日	年 月 日		
医療機関名 担当科 医師名	氏名		
※ この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。 下記の該当する項目にチェックしてください。 ☐ 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 ☐ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師 ☐ 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医 ☐ 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医			

* 下欄は福井県障がい福祉・精神保健相談所の審査医師が記入します。

上記補装具は(適当・不適当)と判定します。

年 月 日 福井県障がい福祉・精神保健相談所 審査医師

(車載用)姿勢保持装置処方箋(新規・再支給)

※車載用姿勢保持装置の場合は車載用に○をつけてください

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 体 重	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. 頭・頸部	☐ 採寸 ☐ 採型			【付属品】				
	2. 上肢	☐ 採寸 ☐ 採型 (右・左)			カットアウト テーブル	☐ カットアウトテーブル			
	3. 体幹部	☐ 採寸 ☐ 採型				☐ クッション張り ☐ テーブル取付部品			
	4. 骨盤・大腿部	☐ 採寸 ☐ 採型			上肢保持 部品	☐ アームレスト (右・左)			
	5. 下腿・足部	☐ 採寸 (右・左)				☐ 肘パッド (右・左) ☐ 縦型グリップ (右・左) ☐ 横型グリップ (右・左)			
支持部	1. 頭・頸部	☐ 頭部支え			体幹保持 部品	☐ 頭頸部パッド ☐ 肩パッド (右・左)			
	2. 上肢	☐ 上肢支え (右・左) ☐ 前腕・手部支え (右・左)				☐ 胸パッド ☐ 胸受けロール			
	3. 体幹部	☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調整型				☐ 体幹パッド (右・左) ☐ 腰部パッド (右・左)			
	4. 骨盤・大腿部	☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調整型			骨盤保持 部品	☐ 骨盤パッド (右・左) ☐ 臀部パッド (右・左)			
	5. 下腿部	☐ 下腿支え (右・左)							
	6. 足部	☐ 足台 (右・左)							
	7. 加算要素	☐ フレックス構造							
支持部の 連結	1. 固定	☐ 頸部 ☐ 腰部 (右・左) ☐ 膝部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)			下腿保持 部品	☐ 内転防止パッド ☐ 外転防止パッド (右・左) ☐ 膝パッド (右・左) ☐ 下腿保持パッド (右・左) ☐ 足部保持パッド (右・左)			
	2. 遊動	☐ 腰部 (右・左) ☐ 膝部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)							
	3. 角度調整用部品	☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式			ベルト部品	☐ 肩ベルト (右・左) ☐ 腕ベルト (右・左) ☐ 手首ベルト (右・左) ☐ 胸ベルト ☐ 骨盤ベルト ☐ 股ベルト ☐ 大腿ベルト (右・左) ☐ 膝ベルト (右・左) ☐ 下腿ベルト (右・左) ☐ 足首ベルト (右・左)			
構造 フレーム	使用材料	☐ 木材・金属							
	機 構 加 算 1. ティルト機構	☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式							
調節機構	2. 昇降機構	☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式			支持部 カバー	☐ 頭部 ☐ 上肢 (右・左) ☐ 体幹部 平面形状型 ☐ 体幹部 モールド型 ☐ 体幹部 張り調整型 ☐ 骨盤・大腿部 平面形状型 ☐ 骨盤・大腿部 モールド型 ☐ 骨盤・大腿部 張り調整型 ☐ 下腿部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)			
	3. 車椅子機能	☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式							
	1. 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 (右・左) ☐ アームサポート (右・左)			内張り	☐ アームレスト (右・左) ☐ テーブル			
	2. 前後調節	☐ 頭部支持部 ☐ 骨盤・大腿支持部 ☐ 足部支持部 (右・左)							
	3. 角度調節	☐ 頭部支持部 ☐ テーブル			体圧分散 補助素材	☐ 頭部 ☐ 上肢 (右・左) ☐ 体幹部 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 下腿部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)			
	4. 脱着機能	☐ 体幹パッド (右・左) ☐ 骨盤パッド (右・左) ☐ 膝パッド (右・左) ☐ アームサポート (右・左) ☐ 内転防止パッド							
	5. 開閉機構	☐ アームサポート (右・左) ☐ 足部支持部 (右・左)			キャスタ	☐ 標準 ☐ 多機能			
					その他	☐ 介助用グリップ (右・左) ☐ ストッパー ☐ 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	所在地 医療機関・科名 医師名	年 月 日	採 型	年 月 日	
			仮合せ	年 月 日 良・不良	
			適 合 判 定	年 月 日	