

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 T S 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 (<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	
	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								
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) <input type="checkbox"/> C-1 頸胸椎 <input type="checkbox"/> C-2 頸椎 (カラー) <input type="checkbox"/> C-3 胸腰仙椎 (肩ベルト付) <input type="checkbox"/> C-4 胸腰仙椎 <input type="checkbox"/> C-5 腰仙椎、仙腸 <input type="checkbox"/> C-6 (<input type="checkbox"/> 採型 ・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) 2. フレーム 3. カラー (<input type="checkbox"/> あご受けあり <input type="checkbox"/> あご受けなし) <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造
	胸腰仙椎	1. 硬性 (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造
	腰仙椎	1. 硬性 (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造
	仙腸	1. 硬性 (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) 2. フレーム 3. 軟性 4. 骨盤帯 (<input type="checkbox"/> 芯のあるもの <input type="checkbox"/> 芯のないもの) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造
その他の加算要素	体幹装具付属品	<input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> バタフライ <input type="checkbox"/> 肩ベルト <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> 腹部エプロン <input type="checkbox"/> 斜頸枕
	側弯症装具付属品	<input type="checkbox"/> ミルウォーキー型付属品一式 <input type="checkbox"/> 胸椎パッド <input type="checkbox"/> 腰椎パッド <input type="checkbox"/> ショルダーリング <input type="checkbox"/> 腋窩パッド <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 胸郭バンド (プラスチック製) <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> 側方支柱
	内張り	<input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> 胸腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> 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		
製品検査		職・氏名