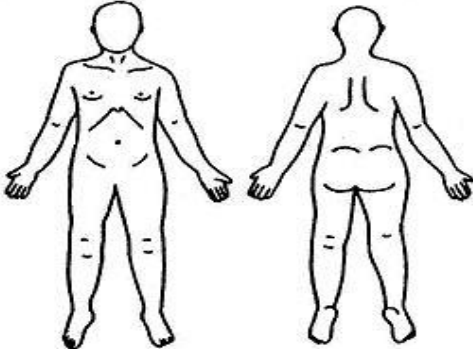
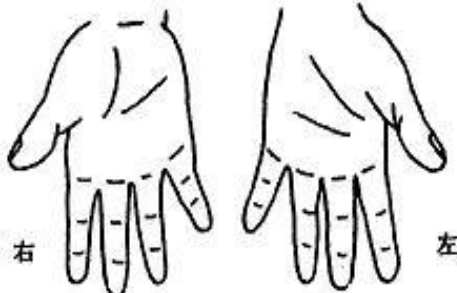


補装具意見書（肢体不自由）

このページは全種目共通です（全て記入等して下さい）。

受付番号 肢 _____ 受付日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		身体障害者手帳	有 無 申請中
氏名			障害等級 種 級
明・大・昭・平 年 月 日生 歳			交付日 年 月 日
居住地			手帳番号 県第 号
施設名 病院名	※入所中または入院中の場合、施設名・病院名を記入して下さい。		障害名
疾病名 外傷名	※身体障害者手帳を有しない難病患者等の場合、障害者総合支援法施行令に規定する疾病名を記載して下さい。 疾病・難病／先天性／戦傷／交通／労災／その他の事故／その他（ _____ ）		
疾病・外傷発生または切断年月日	大・昭・平 年 月 日		
既往症及び現症	※難病患者等であって、難病等の症状に変化や進行がある場合は、その具体的な状況を記載して下さい。（症状が変化する場合は、「症状がより重度な状態」と「症状がより軽度の状態」でどのように変化するのか、「どのくらいの時間・期間」で変化するのか等、具体的に記載して下さい。また、症状が進行する場合は、「どのくらいの期間」で「どのような状態」になることが想定されるか等、具体的に記載して下さい。）		
肢体不自由等の状況	<p>○身長： c m</p> <p>○体重： k g</p> <p>○肢体不自由の状況について、下記に図示して下さい。</p> <p style="text-align: center;">変形・関節可動域制限 切離断 運動障害 感覚障害</p> <p style="text-align: center;">× ■ ≡ ▨</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>○運動障害：なし／筋力低下・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</p> <p>○Brunnstrom stage（脳卒中中等による中枢性運動障害の場合は記入して下さい。） 上肢（右 左 ）・下肢（右 左 ）・手指（右 左 ）</p> <p>○感覚障害：なし／感覚鈍麻・感覚脱失・異常感覚・その他・評価不可能</p> <p>下記の下線のある項目について、下肢装具・義足（練習用仮義足または本義足）・つえ等を使用している場合は、これらを使用した状態での能力を選択等して下さい。</p> <p>※装具等の使用：なし／あり→下肢装具・練習用仮義足・本義足・つえ・歩行器・その他（ _____ ）</p> <p>○立位保持：不可能／可能・手すり等につかまれば可能・一部介助で可能</p> <p>○歩行：不可能／実用歩行可能・平地又は短距離のみ可能・伝い歩き可能</p> <p>○連続歩行：約 m</p>		

(注) 以下、必要な補装具を選択し、各々の枠内の項目を全て記入または選択 (○印で囲む) して下さい。

□車椅子、□電動車椅子 [□新規・□更新 (再支給)・□修理 (交換)]

※座位保持装置を使用する場合、車椅子・電動車椅子は座位保持装置の構造フレームになるため、座位保持装置欄も記入して下さい。

障 害 状 況	車椅子 操作能力	自力にて可能 (屋内のみ可・屋内外で可) →手段: 上肢 (右・左)・下肢 (右・左)・その他 () 辛うじて自力にて可能→手段: 上肢 (右・左)・下肢 (右・左)・その他 () 不可能 (介助にて移動・電動車椅子にて移動)	
	操作安全性	問題なし・問題あり→理由 ()	
	握 力	右 k g	左 k g
	座位の状況	リクライニング不要・必要→理由 () ティルト 不要・必要→理由 ()	
	除圧動作	可能→プッシュアップ・体幹前屈側屈等・その他 () 不可能→介助者による除圧支援: あり・なし	
	褥瘡	現在、既往ともになし 現在あり (部位 ()) 現在はないが既往あり (部位 ()) 現在はないがリスクあり (部位 ())	殿部の状態: 異常なし 皮膚循環障害あり 痩せて骨突出あり
	その他の 身体状況		
自動車への 積込の必要性	なし・あり→本人による・介助者による		
処 方	車椅子	型→普通型 / 手押し型 / 片手駆動型 / レバー駆動型 / 前方大車輪型 式→リクライニング式 / ティルト式 / リクライニング・ティルト式 / 手動リフト式	
	電動車椅子	型→普通型 (4.5Km/h・6Km/h) / 簡易型 (切換式・アシスト式) 式→リクライニング式 / 電動リクライニング式 / 電動リフト式 / 電動ティルト式 / 電動リクライニング・ティルト式	
	レディメイド の場合	レディメイド (セミモジュール方式を含む) →メーカー名 () →機種名称・機種番号 () ○本体及び付属品のカタログ等の写しを添付して下さい。	
	オーダーメイド (モジュール方式を含む) の 場合	オーダーメイド (下記※も記入して下さい。) →メーカー名 () ○本体作製寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) を添付して下さい。 モジュール方式 (下記※も記入して下さい。) →メーカー名 () →機種名称・機種番号 () ○本体及び付属品のカタログ等の写しを添付して下さい。 ○本体設定寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) を添付して下さい。 (※) レディメイド (既製品) では対応できない理由を選択し、その内容等を記入して下さい。 身体寸法 (理由: ()) 障害状況 (理由: ()) 特別な構造 (内容: ()) 使用環境 (内容: ()) その他 ()	
	付属品	必要な付属品を全て記載して下さい。(レディメイドの場合は付属品のカタログ等の添付があれば省略可。また、オーダーメイドの場合は、本体寸法及び必要な付属品を記した処方箋又は仕様書 (任意様式) の添付があれば、省略可。)	
使用効果見込み	(日常生活等における使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。)		

座位保持装置 その他 [新規・更新（再支給）・修理（交換）]

障 害 状 況	端座位保持	可能→背もたれ等の支えがなくても可能・背もたれ等の支えがあれば可能 不可能（背もたれ等の支えがあっても不可能）	
	変形拘縮	なし・あり→部位等を具体的に（ ）	
	その他の 身体状況	褥瘡：現在、既往ともになし 現在あり（部位 ） 現在はないが既往あり（部位 ） 現在はないがリスクあり（部位 ）	殿部の状態：異常なし 皮膚循環障害あり 痩せて骨突出あり
処 方	座位保持装置 部位	採型	頭頸部／上肢（右・左）／体幹部／骨盤大腿部／下腿足部（右・左）
		採寸	頭頸部／上肢（右・左）／体幹部／骨盤大腿部／下腿足部（右・左）
	座位保持装置 構造フレーム	不要／必要→車椅子／電動車椅子／基準内構造フレーム／完成用部品（ ） （車椅子または電動車椅子を構造フレームとして使用する場合は、車椅子・電動車椅子欄も記入して下さい。）	
	その他（児のみ）	座位保持椅子／起立保持具／頭部保持具／排便補助具	
使用 効果 見 込 み	（日常生活等における使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。）		
	（体幹部や座面等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合、その理由を具体的に記入して下さい。）		

装具、歩行器、歩行補助つえ [新規・更新（再支給）・修理（交換）]

障 害 状 況	運動障害	なし・あり→当意見書表面の「肢体不自由等の状況」欄に具体的に記入して下さい。	
	感覚障害	なし・あり→当意見書表面の「肢体不自由等の状況」欄に具体的に記入して下さい。	
	変形拘縮	なし・あり→当意見書表面の「肢体不自由等の状況」欄に具体的に記入して下さい。	
	脚長差	なし・あり→棘果長・転子果長・大腿長・下腿長→ c m→右>左・右<左	
処 方	上肢装具	右・左	名称→
	下肢装具	右・左	屋内外兼用・屋内用・屋外用 名称→
	靴型装具	右（患足・健足）：名称→	
		左（患足・健足）：名称→	
	体幹装具	名称→	
	歩行器	名称→	
歩行補助つえ	右・左	名称→	
使用 効果 見 込 み	（日常生活等における更生用装具としての使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。）		
	（装具の足継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合、その理由を具体的に記入して下さい。）		

義肢（義手、義足） [新規・更新（再支給）・修理（交換）]

障 害 状 況	断端	断端長 cm	断端の状態→（ ）
	仮義肢	練習用仮義肢の装用開始年月日： 年 月 日（新規の場合、必ず記入して下さい。）	
	その他所見	関節拘縮：なし／あり→（具体的に ） 筋力低下：なし／あり→（具体的に ） 幻肢：なし／あり→（具体的に ） 疼痛：なし／あり→（具体的に ）	
処 方	義手	右・左	殻構造・骨格構造 名称（部位及び型式）→
	義足	右・左	殻構造・骨格構造 名称（部位及び型式）→
使用 効果 見 込 み	（日常生活等における使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。）		
	（足部・継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合、その理由を具体的に記入して下さい。）		

□**重度障害者用意思伝達装置** [□新規・□更新（再支給）・□修理（交換）]

障 害 状 況	発語・発声	可能・なんとか可能・不可能 (具体的に)	
	現在の意志 伝達方法	発声・筆談・読唇・文字盤・五十音読みあげ・携帯用会話補助装置（キー入力） YES or NO サイン（瞬き・指さし・うなずき）・その他（)	
	スイッチ操作 可能部位	頭頸部（部位 ）・顔面（部位 ）・上肢（部位 ） 下肢（部位 ）・呼気・吸気・その他（)	
	その他障害	知的障害：なし あり→療育手帳：A1（最重度）・A2（重度）・B1（中度）・B2（軽度） 認知症	
	その他所見	視力低下：なし・あり	聴力低下：なし・あり
試行期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
試行結果	操作の理解力：問題なし・問題あり 入力装置（スイッチ）による入力操作：スムーズ・要練習		
使用目的	面前での日常的意思伝達・遠隔地の家族等との連絡（電子メール等での長文作成） 家電等の機器操作・その他（具体的に)		
処 方	本 体	<input type="checkbox"/> a 文字等走査入力方式の簡易なもの <input type="checkbox"/> a に簡易な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> a に高度な環境制御機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> a に通信機能が付加されたもの <input type="checkbox"/> 生体现象方式	本体商品名→() 専用プリンター→要・不要 ○本体のカタログ等の写しを添付して 下さい。
	必要とする 付 属 品	固定台・入力装置固定具・呼び鈴・呼び鈴分岐装置 入力装置→接点式・帯電式（タッチ式加算・ピンタッチ式先端部加算）・筋電式 光電式・呼気式・吸気式・圧電素子式・空気圧式・遠隔制御装置 ○付属品のカタログ等の写しを添付して下さい。	
使用 効果 見 込 み	(試行結果に基づいた、日常生活等における使用効果見込み等を具体的に記入して下さい。)		

以上のとおり意見する。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

身体障害者福祉法第15条第1項（身体障害者手帳）に基づく指定医（障害分野：肢体不自由）が記入して下さい（連名可）。
 なお、重度障害者用意思伝達装置については、音声言語機能障害分野の指定医による記入も可（連名可）。
 また、難病患者等については、難病医療拠点病院又は難病協力医療機関の医師による記入も可（連名可）。

※下記枠内は三重県障害者相談支援センターにて記入

判 定	結 果	
	否の場合、 その理由	
平成 年 月 日		
三重県障害者相談支援センター		
医師氏名		印