

補装具費支給要否意見書(体幹装具)

氏 名			男 女	生年月日	年 月 日生	歳
住 所						
障 が い 名						
原 因 と な っ た 疾 病 ・ 外 傷 名					交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災	
		疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障 が い の 状 況		【歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記入すること】				
必 要 と す る 装 具	☐ 頸 椎 装 具	A 金属柁 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし				
	☐ 胸 椎 装 具	A 金属柁 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性				
	☐ 腰 椎 装 具	A 金属柁 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性				
	☐ 仙 腸 装 具	A 金属柁 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし				
	☐ 側 彎 矯 正 装 具	A ミルウォーキーブレイス B 頭部に及ばないもの → 1 金属柁 2 硬性 → ☐ 不燃性セルロイド ☐ 皮革 ☐ プラスチック 3 軟性(帯状のものを含む)				
使 用 効 果 見 込						

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等		
採型・採寸		A 採型 B 採寸		
支 持 部	頸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C カラー → 1 あご受けあり 2 あご受けなし		
	胸椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性		
	腰椎支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性		
	仙腸支持部	A モールド(熱可塑性樹脂)→ 1 支柱付き 2 支柱なし B フレーム C 軟性 D 骨盤帯 → 1 芯あり 2 芯なし		
	骨盤支持部	A 皮革(補強材を含む) B モールド(熱可塑性樹脂) ヘルピックガードル		
付 属 品	体幹装具用	A 高さ調節 B ターンバックル式 C 腰部継手 D バタフライ E 肩バンド F 会陰ひも G 腹圧強化バンド		
	側彎矯正装具用	A 胸椎パッド B 腰椎パッド C ショルダーリング D 腋窩パッド E アウトリガー F 前方支柱 G 後方支柱 H 側方支柱 I ネックリング J 胸郭バンド(プラスチック製)		
	内 張 り	A 頸椎支持部 B 胸椎支持部 C 腰椎支持部 D 仙腸支持部		
	※ 高さ調整は、頸椎装具についてのみ加算することができる。			
	※ バタフライについては、モールド又はフレームの場合にのみ加えることができる。			
完 成 用 部 品	部 品 名			
	☐ 借受け	部品名		期間
	理由			
上 記 の と お り 意 見 し ま す 。 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 診 療 科 名 作 成 医 師 氏 名 印				

(H30. 6)

【記入上の留意事項】

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
 なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。