

補装具費支給意見書・処方箋（体幹装具）

様式6

氏名			男・女	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 日頃) ※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									
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】

基本型式	部 位	頸椎(胸椎装具付) C-1	頸 椎 C-2	胸椎(肩バンド付) C-3	胸 椎 C-4	腰椎・仙腸 C-5	
	採型区分	採型 採寸					
	構 造	金属枠	硬性	カラー	軟性	骨盤帯	側弯症装具
製作要素	支 持 部	種 類				その他の加算要素	
	頸 椎	モールド<熱可塑性樹脂> (支柱付き 支柱なし) フレーム カラー (あご受けあり あご受けなし)				サンドイッチ構造	内張り
	胸 椎	モールド<熱可塑性樹脂> (支柱付き 支柱なし) フレーム 軟性 (キャンパス メッシュ)				サンドイッチ構造	内張り
	腰 椎	モールド<熱可塑性樹脂> (支柱付き 支柱なし) フレーム 軟性 (キャンパス メッシュ)				サンドイッチ構造	内張り
	仙 腸	モールド<熱可塑性樹脂> (支柱付き 支柱なし) フレーム 軟性 (キャンパス メッシュ) 骨盤帯 (芯のあるもの 芯のないもの)				サンドイッチ構造	内張り
	骨 盤	皮 革<補強材を含む> モールド<熱可塑性樹脂>ペルビックガードル				サンドイッチ構造	
その他の加算要素	体幹装具 付属品	高さ調整	肩バンド	図示※装具名称と略図及び説明を記載			
		ターンバックル式	会陰ひも				
	腰部継手	腹圧強化バンド					
	バタフライ						
側弯症装具 付属品	胸椎パッド	前方支柱					
	腰椎パッド	後方支柱					
	ショルダーリング	側方支柱					
	腋窩パッド	ネックリング					
	アウトリガー	胸部バンド (プラスチック製)					
特記事項 (指示)		_____					

上記のとおり意見、処方する。				所 在 地			
令和 年 月 日				医療機関名			
				医師氏名			
				印			
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			
令和 年 月 日				医療機関名			
				医師氏名			
				印			
令和 年 月 日				職 ・ 氏 名			
材料・工作法等検査				印			