**義肢・装具　判定依頼調査書【記入のポイント】**

様式　　2　（3）　2023.04　改

|  |
| --- |
| 【記載上の留意事項】補装具判定依頼調査書　記入要領　を参照のこと。 |
|  |  | 年 齢 | 　　　歳 | 職 業 | ありの場合は具体的に１　あり（　　　　　　　　　　）２　なし　　　　　　　　　　　 |
| 現在の生活状況 | 医療機関、福祉施設等の名称を記入すること。１　在宅　　　２　医療機関 （　入院　・　通院　：　　　　　　　　　　 　　　 　　　　）３　福祉施設（　入所　・　通所　： ）４　そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害状況・生活環境・医学的所見等 | 受傷年月日、再発年月日、入通院医療機関名、治療、訓練内容等を必ず記入すること。補装具を必要とする利用者の障害状況・生活環境・就学・就労・医学的所見等について記入すること。障害の原因となった傷病名：受傷年月日　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　再発年月日　　　年　　　月　　　日 |
| ・いつごろから、どのような原因で障害になったのか・手帳（身体・療育・精神）の認定状況・どのような生活をしているのか・どのような面で生活の不便・困難さを感じているのか・その装具があることで何が自立でき、社会参加の促進となるか・入院している場合は、退院の目途はいつ頃か・施設入所している場合は、退所の目途はあるのか |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 治療訓練の経過 | 期間 | 医療機関名 | 入院・外来 | 治療・訓練内容（ﾎﾞﾄｯｸｽ治療の有無等） |
|  |  | 入院・外来 |  |
|  |  | 入院・外来 |  |
|  |  | 入院・外来 |  |
|  |  | 入院・外来 |  |
|  |  | 入院・外来 |  |
|  |  | 入院・外来 |  |
| 他　法　関　係 | 障害者総合支援法による補装具費支給確認のため、他法による給付（貸与）の可否の状況を確認すること。（優先される法律）１　労働者災害補償保険の傷害保険給付又は障害給付の決定を受けた方又は受けると見込まれる方。　　　　・他法優先の確認・受傷原因の再確認２　介護保険の被保険者である。65歳以上の方又は40歳以上65歳未満で特定疾病に該当する方３　自動車損害賠償法に該当する。上記で支給されない補装具名と事由　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面へ

長野県立総合リハビリテーションセンター（長野県身体障害者更生相談所）

裏面へ

|  |  |
| --- | --- |
| 補装具費支給履歴（台帳の写しでも可） | 新規・再支給、修理、借受けの区分、（　）内に支給又は修理した補装具名・金額・業者名を記入すること。１　 　 年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）２　 　 年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）３　 　年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）・耐用年数内での支給となっていないか・多額の修理をしてすぐの購入申請ではないか・複数支給の整理４　　 年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）５　　 年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）６　 　年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）７　　 年　　月　　支給（ 新・再 ）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　） |
| 主な使用目的 | １　仕事　　２　日常的生活動作（含む家事動作）　　３　散歩　　４　買い物　　５　通院　　６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本人の状況 |  １　身　長（　　　　　cm）　　　　　　　体　重（　　　　kg）身長・体重は必ず記入 ２　歩行状況など 　　・屋　内（ 可 ・ 否 ）　　　屋　外（ 可 ・ 否 ） 　　・補装具なしで立位（ 自力で可 ・ つかまり立ち可 ・ 介助で可 ・ 否 ） 　　・補装具なしで歩行（ 可 ・ 否　：　　　　　　ｍ） 　　・補装具使用で歩行（ 可 ・ 否　：　　　　　　ｍ） 　 ・椅子に座る（ 可・否 ）　　 ・椅子から立ち上がる（ 可 ・ 否 ）　 　・痛　み（ あり ・ なし　： 部位　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 ・車の運転（ 可 ・ 否 ）　　 ・介助が必要な場合、介助の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　 |
| 医療保険での支給の有無 | 医療保険での支給の有無を確認し、ありの場合は支給年月を記入し、装具名を選択すること。１　なし（支給が無かった理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）２　あり（　　　　年　　　月ごろ　病院名：　　　　　　　　　　　業者名：　　　　　　　　　　）(1)　短下肢装具(両側支柱付) 　　(2)　短下肢装具（　　　　　　　）　　(3)　 靴型装具(4)　長下肢装具　　(5)　義　手　　(6)　義　足　　(7)　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 申請装具の基本構造変更 | 申請装具のタイプ変更はあるか。 １　同一基本構造を希望する（補装具名:　　　　　 　基本構造:　　　　　　　　　　　 　 　　　　　 ）２　基本構造変更を希望する（補装具名:　　　　　　 基本構造:変更前　　　　 　　、変更後　　 　 　　 基本構造変更の理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請装具の検討 | 申請装具は、いつどこで誰とどのような装具を試し、検討した結果なのか。・医師、リハビリ担当者、補装具業者等・勧められた、試用した、相談した等 |
| 申請理由 | 不適合、破損などが理由の場合は、いつから、どのような状況であったか。（写真添付：任意） |
| 市町村 の意見 |  |
| 　　 年　　 月　　 日 調査者:所属　 　　　　　　　　　　　職　　　　 　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |