様式３（１）　2024.04改

補　装　具　費　支　給　意　見　書　（肢体）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　　　名 | |  | 年　　月　　日生（　　　歳） | |
| 居住地 | | 郡・市　　　　　　町・村 | | |
| 障害名及び  原因となった疾病･外傷名 | | (　　種　　級) | | 進行性疾患：  □該当　□非該当  支給決定手続：  □迅速　□一般 |
| 補装具の名称  又は修理項目 | |  | | |
| 医  学  的  判  定 | （障害の状況）  （注：上記補装具を認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、その理由についても記載する。）  （補装具を使用した効果） | | | |
| 処方 | 義肢・装具・姿勢保持装置・電動車椅子・車椅子については､処方箋（採型表）を添付してください。歩行器等には､カタログ等を添付してください。 | | | |
| 上記のとおり　　　　　　　　　　　　装用の必要性が認められます。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　医師名  　　　所　在　地 | | | | |
| 該当する項目にチェックをお願いします。  □　身体障害者福祉法第１５条指定医師　　　　□　国立障害者ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ学院において実施して  □　肢体不自由　　　　　　　　　　　　　　　いる補装具関係の適合判定医師研修会修了者  □　心臓機能障害  　　　□　呼吸器機能障害 | | | | |

**補装具費支給意見書記載上の注意（肢体）**

長野県立総合リハビリテーションセンター　更生相談室

　　「補装具費支給意見書」は、補装具の交付を希望する身体障がい者の利便を図るために、最寄の身体障害者福祉法第１５条指定医等に医学的判定をお願いするものです。

補装具費支給意見書、処方箋（採型表）及び市町村で作成する書類を基に、長野県立総合リハビリテーションセンター（更生相談所長）が総合判定を行います。

　そのため、「補装具費支給意見書」によって、身体障がい者の障害状況と交付を希望する補装具の適合の状態が明らかになるよう、以下の点に留意して、記載してください。

なお、「迅速判定」については、当該疾病が急速に進行するため迅速な手続きが必要であると認められる場合に記載していただき、身体状況及び必要性をなるべく詳細に記載してください。

１　補装具の名称又は修理項目欄

　　処方する補装具の正式名称を書いてください。

# ２　医学的判定欄（「障害の状況」）

① 車椅子

下肢または体幹の機能の状態、歩行機能、上肢の機能、体幹のバランス、褥瘡の既往又は危険性等の身体状況及び、車椅子の名称(例：リクライニング式自走用・ティルト式自走用等)とそれを必要とする理由等を記載してください。

② 電動車椅子

上記①に加え、電動車椅子をどのように操作するかも記載してください。（右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・あご・呼気）

③ 義肢

切断の部位、断端長、断端の状態を記載してください。

④ 下肢装具又は上肢装具

麻痺の状態、感覚障害の状態、筋力等を記載してください。

⑤ 姿勢保持装置

体幹の機能を記載してください。

# ３　医学的判定欄（「補装具を使用した効果」）

　　補装具を使用した効果は、能力向上、医学的効果などを記載してください。

　　高額な完成用部品や特例補装具を処方する場合は、必要な理由、医学的根拠を詳しく記載してください。また、その製品、部品でなければならない理由を明記してください。

1. 車椅子

「屋内の移動が可能となる」、「屋内外の移動が可能となる」、「介助による移動が可能となる」等可能となる状態を記載してください。

1. 電動車椅子

「単独の通院が可能となる」、「単独の買い物が可能となる」、「自力で施設内の移動が可能となる」等と記載してください。

1. 義肢

義肢を装着することで可能となる動作を具体的に記載してください。

④ 下肢装具又は上肢装具

装具を装着することで可能となる動作若しくは障害の増悪の予防効果について記載してください。

⑤ 姿勢保持装置

姿勢保持装置を使うことで、姿勢を保つことのできる時間、可能となる動作について記載してください。