

## 判定依頼書（迅速・一般）

第 号  
令和 年 月 日

岩手県福祉総合相談センター所長 様

福祉事務所長 (印)  
町 村 長 (印)

下記の者に対する判定を依頼します。

## 記

氏名		男・女	年 月 日生	住所		
身体障害者手帳 (有・無)	〇〇県 第 号 年 月 日交付 (〇種〇級)		障害名			
疾患名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)						
医療保険名						
家族関係						
就学・職業の状況（社会活動・社会参加の状況を含む）※補聴器の両耳装用、耳あな型を希望する場合は、具体的に記載願います。						
判定依頼事項 1 補装具 ① 種目等 (新規・借受け・再支給・修理)  ② 判定依頼事由 購入・借受け・修理 借受けの意向 ( <input type="checkbox"/> 有 期間 月 ) <input type="checkbox"/> 無			最近 5 年間の補装具の交付・借受け・修理の状況			
			年 月	補装具種目等	購入・修理	適用制度
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
					購入・借受け・修理	障がい・難病
現在受療中の医療機関名（入院中の医療機関名、入院理由、退院見込、既往歴、合併症等）						
そ の 他（新規に装具を必要とする場合の治療用装具の有無、補聴器の両耳装用を必要とする理由、補聴器の耳あな型を必要とする理由、再支給の理由等）						

氏名			生年月日	年 月 日 ( ) 歳		性別	男・女
住所							
医学的 所見	疾患名		切断部位	左 右 両		職業  (具体的に)	
	障害名		断端長	cm			
	障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。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記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。）						
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般							
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	A - ( )	種目名称別コード		
名称	1. 肩義手用 2. 上腕義手用 3. 肘義手 4. 前腕義手 5. 手義手 6. 手部義手 7. 手指義手		型式・基本価格	1. 能動式 2. 電動式 3. その他 <input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用	加算	1. 肩甲胸郭間切断用 2. 吸着式 3. 顆上懸垂式 4. スプリットソケット 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック	

【製作要素価格】

ソケット	1. 皮革 2. 熱硬化性樹脂 3. 熱硬化性樹脂（電動式） 4. 熱可塑性樹脂 5. 熱可塑性樹脂（電動式）	インサート	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂	支持部	殻構造 1. 能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 2. 電動式 <input type="checkbox"/> 上腕部 3. その他 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 手部	骨格構造 <input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用  <input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正
	義手用ハーネス		1. 肩義手用 a. 胸郭バンド式肩ハーネス一式 b. 肩たすき一式 2. 上腕義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 3. 肘義手用 b. 肩たすき一式 c. 8字ハーネス一式 4. 前腕義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 5. 手義手用 b. 8字ハーネス一式 6. 手部義手用 c. 9字ハーネス一式 d. たわみ式肘継手（一組） e. Yストラップ f. 上腕カフ（三頭筋パッド）		外装 殻構造 <input type="checkbox"/> 肩部 A. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 上腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装	骨格構造 <input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
断端袋	1. 上腕用 2. 前腕用					

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

（借受けの希望 有・無）

使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）

上記のとおり意見する。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

（印）

（自署又は記名押印）

氏名			生年月日	年 月 日 ( ) 歳		性別	男・女	
住所								
医学的 所見	疾患名		切断部位	左 右 両		職業  (具体的に)		
	障害名		断端長	cm				
障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。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記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。）								
進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般								
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	B - ( )		種目名称別コード		
名称・型式	殻構造			骨格構造				
	1. 股義足							
	2. 大腿義足	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式			a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式			
	3. 膝義足	a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式			a. 差込式 b. ライナー式 c. 吸着式			
	4. 下腿義足	a. 差込式 b. PTB式 c. PTS式 d. KBM式 e. TSB式			a. 差込式 b. PTB式 c. PTS式 d. KBM式 e. TSB式			
	5. サイム義足							
	6. 足根中足義足	a. 鋼板入り b. 足袋式 c. 下腿部支持式						
基本価格	1. 差込式 2. ライナー式 3. 吸着式 4. PTB式 5. PTS式		加算	1. 片側骨盤切断用 2. 短断端切断用キップシャフト 3. 坐骨収納型ソケット 4. 大腿支柱付き 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック				
	6. KBM式 7. TSB式 8. 有窓式 9. 足袋式 10. 下腿部支持式							

【製作要素価格】

ソケット	1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 3. 木製 4. 皮革  <input type="checkbox"/> エアクションソケット <input type="checkbox"/> カーボンストックネット <input type="checkbox"/> 下腿部支持式	インサート	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂 4. 皮革・フェルト 5. シリコン  <input type="checkbox"/> 下腿部支持式	支持部	殻構造義肢		骨格構造義肢
			1. 股部 2. 大腿部 a. 木製 b. 熱硬化性樹脂 3. 下腿部 a. 木製 b. 熱硬化性樹脂 4. 足部  <input type="checkbox"/> 土台修正 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用		1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用  <input type="checkbox"/> 土台修正		
義足懸垂用部品	1. 股義足用 a. 懸垂帯一式		2. 大腿義足用 a. シレジアバンド一式 b. 肩吊り帯	外装	殻構造義肢		骨格構造義肢
	3. 膝義足用 c. 腰バンド d. 横吊帯 d. 義足用股吊帯一式		4. 下腿義足用 a. 腰バンド b. 横吊帯		1. 股部 a. 皮革 2. 大腿部 b. プラスチック 3. 下腿部 c. 塗装 4. 足部 d. リアルソックス e. 表革 f. 裏革	2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用  <input type="checkbox"/> リアルソックス	
断端袋	1. 大腿用 2. 下腿用						

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無)

使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）

上記のとおり意見する。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

医師氏名

(印)

(自署又は記名押印)

氏名			生年 月日	年 月 日( )歳		性別	男・女
住所							
医学的所見	疾患名	障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)		部位	左右両	職業 (具体的に)	
	障害名			断端長	cm		
	障害・疾患等の状況 (注: 下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。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記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な医学的理由についても記載する。)						

区分、名称、基本構造 基本価格								
1 下肢装具	A-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸						
	1 股装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性 D. ツイスター	2 長下肢装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付	3 膝装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付 D. 軟性	4 短下肢装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付 D. 後方支柱付 E. 軟性	5 足装具 A. 足底装具 B. Denis-Browne (デニスブラウン) 型  <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> チェック用装具 (大腿部・下腿部・足部)			
2 靴型装具	B-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		3 体幹装具	C-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸		
	A. 長靴 B. 半長靴 (編上靴) C. チャッカ靴 D. 短靴				1 頸椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. カラー D. 斜頸矯正用枕	2 胸腰椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	3 腰仙椎装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	4 仙腸装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性 D. 骨盤帯
4 上肢装具	D-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸						
	1 肩装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	2 肘装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 軟性	3 手関節装具 A. 硬性 B. 両側支柱付 C. 片側支柱付	D. 掌側(背側)支柱付 E. 軟性	4 手装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	5 指装具 A. 硬性 B. フレーム C. 軟性	6 BFO	

【製作要素価格】

1. 下肢装具	
<p>a. 継手</p> <p>(1) 股継手 <input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>遊動式</p> <p>(2) 膝継手 <input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>遊動式 <input type="checkbox"/>プラスチック継手</p> <p>(3) 足継手 <input type="checkbox"/>固定式 <input type="checkbox"/>遊動式 <input type="checkbox"/>プラスチック継手</p> <p>b. 支持部</p> <p>(1) 大腿支持部 A. 半月 B. 皮革等 1. カフバンド 2. 大腿コルセット C. 硬性 1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂</p> <p><input type="checkbox"/> 大腿支持部坐骨支持式 <input type="checkbox"/> 下腿支持部 (PTB式・PTS式・KBM式) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> カーボン使用 (大腿支持部・下腿支持部・足部) <input type="checkbox"/> ベルトの追加 ( 本) ※硬性のみ、3本を超える場合</p>	<p>c. その他の加算要素</p> <p><input type="checkbox"/>膝サポーター (支柱付き・支柱なし) ※オーダーメイドの処方理由</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/>キャリバー <input type="checkbox"/>ツイスター (硬性・軟性) <input type="checkbox"/>Denis-Browne (デニスブラウン) 型</p> <p><input type="checkbox"/>膝当て <input type="checkbox"/>T・Yストラップ <input type="checkbox"/>スタビライザー <input type="checkbox"/>ターンバックル <input type="checkbox"/>アウトリガー <input type="checkbox"/>伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/>補高足部 <input type="checkbox"/>足底裏革 (すべり止め用) <input type="checkbox"/>高さ調整</p> <p><input type="checkbox"/>内張り (大腿部・下腿部・足部・足底装具) <input type="checkbox"/>足底装具屋内用ベルト</p>

2. 靴型装具	
a. 製作要素 <input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式 (1)患側(整形靴・特殊靴) (2)健側 <input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴	b. 付属品等の加算要素 <input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールパネ入り <input type="checkbox"/> トウボックス補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背ベルト <input type="checkbox"/> ベルト(裏付き)の追加 <input type="checkbox"/> 補高(敷き皮式 cm・靴の補高 cm) <input type="checkbox"/> ヒールの補正(種類: ) <input type="checkbox"/> 足底の補正(種類: )

3. 体幹装具	
a. 支持部 (1)頸椎支持部 (4)仙腸支持部 A. 硬性(支柱付き・なし) A. 硬性(支柱付き・なし) B. フレーム B. フレーム C. カラー(あご受けあり・なし) C. 軟性 (2)胸腰仙椎支持部 D. 骨盤帯(芯あり・なし) A. 硬性(支柱付き・なし) (5)骨盤支持部 B. フレーム A. 皮革 C. 軟性 B. 硬性 (3)腰仙椎支持部 A. 硬性(支柱付き・なし) B. フレーム <input type="checkbox"/> 硬性のサンドイッチ構造 C. 軟性	b. その他の加算要素 (1)体幹装具付属品 (2)側弯症装具付属品 (3)内張り <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> ミルウォーカー型付属品一式 <input type="checkbox"/> 頸椎支持部 <input type="checkbox"/> ターンバックル式 <input type="checkbox"/> 胸椎パッド <input type="checkbox"/> 胸腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> 腰部継手 <input type="checkbox"/> 腰椎パッド <input type="checkbox"/> 腰仙椎支持部 <input type="checkbox"/> パタフライ <input type="checkbox"/> ショルダーリング <input type="checkbox"/> 仙腸支持部 <input type="checkbox"/> 肩ベルト <input type="checkbox"/> 腋窩パッド <input type="checkbox"/> 会陰ひも <input type="checkbox"/> ネックリング <input type="checkbox"/> 腹部エプロン <input type="checkbox"/> 胸郭バンド <input type="checkbox"/> 斜頸枕 <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 前方支柱 <input type="checkbox"/> 後方支柱 <input type="checkbox"/> 側方支柱

4. 上肢装具	
a. 継手 (1)肩継手 (3)手継手 (4)MP継手 A. 固定式 B. 遊動式 A. 固定式 B. 遊動式 A. 固定式 B. 遊動式 C. 肩回旋装置 C. プラスチック継手 (5)IP継手 (2)肘継手 A. 固定式(硬性・フレーム) A. 固定式 B. 遊動式 B. 遊動式 C. 鋼線支柱 C. プラスチック継手	c. その他の加算要素 <input type="checkbox"/> 肘サポーター(支柱付き・なし) <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 基節骨パッド(硬性・フレーム) <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助パネ <input type="checkbox"/> 中・末節骨パッド(硬性・フレーム) <input type="checkbox"/> 肘当て <input type="checkbox"/> 対立バー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> Cバー <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> 内張り(上腕部・前腕部・手部) <input type="checkbox"/> フレクサーヒンジ
b. 支持部 <input type="checkbox"/> 硬性のサンドイッチ構造 (1)胸郭支持部 (3)上腕支持部 (4)前腕支持部 (5)手部背側パッド A. 硬性 A. 半月 A. 半月 A. 硬性 B. フレーム B. 皮革等 B. 皮革等 B. フレーム (2)骨盤支持部 1. カフベルト 1. カフベルト (6)手掌パッド A. 硬性 2. 上腕コルセット 2. 前腕コルセット A. 硬性 B. フレーム C. 硬性 C. 硬性 B. フレーム	<b>【完成用部品価格】</b>

【レディメイド】				※ 装具の略図
メーカー名		装具名称		
メーカー型番		種類	硬性・軟性(支柱付き・支柱なし)	
特記事項、使用者の希望事項などを記述すること   (借受けの希望 有・無)				
備考 1 装具の略図を書き、必要に応じて説明をつける。 2 その他、上記に記述のない必要事項がある場合には処方の詳細を記述する。 3 パーツの寸法・材質・色等、特に指定するときは記述する。 ※指示事項				

使用効果見込み(注:借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する)
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名 (印) (自署又は記名押印)

補装具費支給（購入・修理）意見書

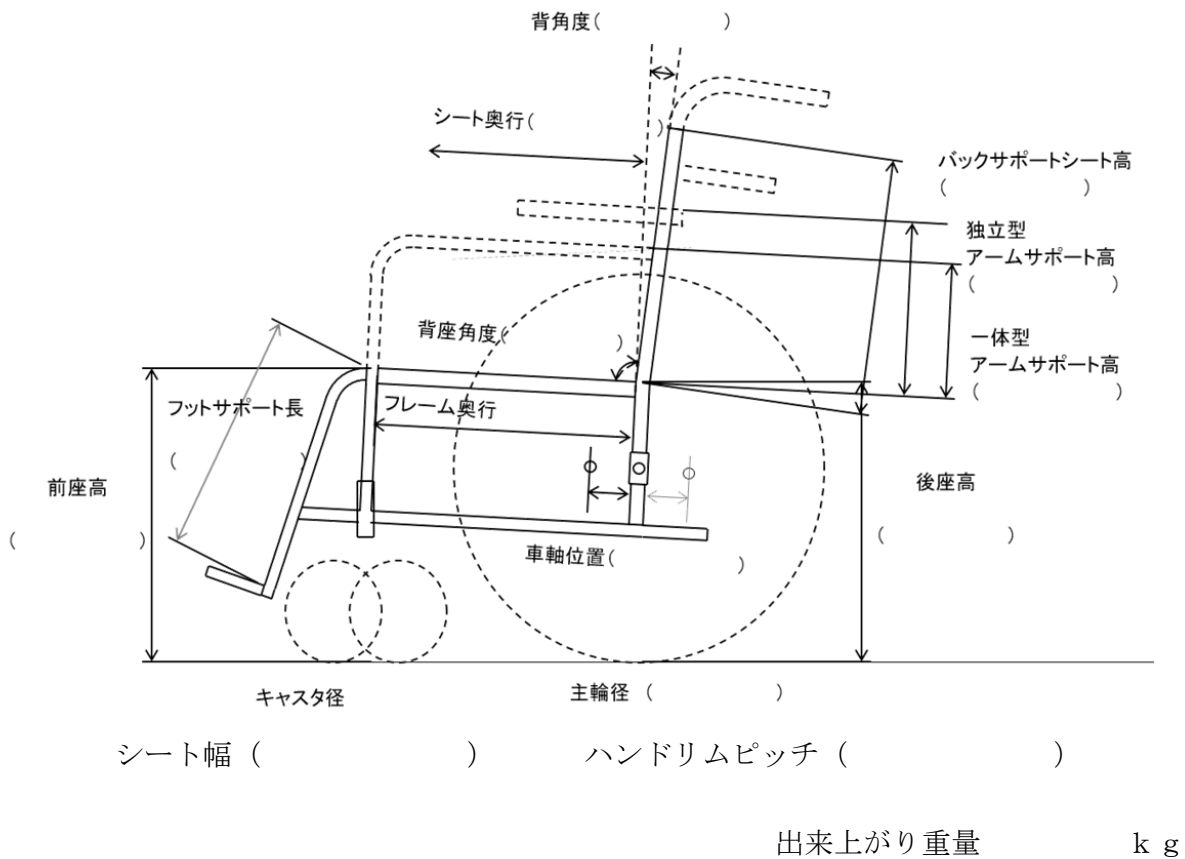
（車椅子用）

氏名	生年月日	年月日生（ ）歳	性別	男・女
住所			職業（具体的に）	
障害名		原因となった疾病・外傷名		
		※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 （ <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない）		
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）				
※ 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記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
基本価格	1 標準 2 頭頸部	本体	自走用 ・ 介助用	主な使用場所 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外
a.新規支給（1台） b.2台同時支給 c.再支給		a.モジュール（標準） b.オーダーメイド c.レディメイド		
機構加算	1.リクライニング機構 2.ティルト機構 3.ティルト・リクライニング機構 4.リフト機構	基本構造	1. 後方大車輪（標準） 2. 前方大車輪 3. 6輪構造	a. 幅止め構造 個
【構造部品加算】				
シート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 3. 板張り式	a. 奥行き調整構造	バックサポート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整構造 e. 背折れ構造
トップグリップサドルポル	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	フットサポート	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式） 3. 中折式 a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整
サポーム	1. フレーム一体型_固定式（標準） 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 駐車ブレーキ（標準） a. 介助用ブレーキ b. フットブレーキ
駆動輪・主輪	1. 固定式（標準） 2. 着脱式	a. 車軸位置調整構造 b. キャンバー角度変更 c. 片手駆動構造 d. レバー駆動構造	タイヤ	1. エア（標準） 2. ノーパンク キャスト 1. ソリッド（標準） 2. 衝撃吸収タイプ
ハンドリム	1.プラスチック（標準） 2.ステンレス 3.アルミ	a.ピッチ 30mm超 b.片手駆動構造	【付属品】 ヘッドサポート	1.着脱式（枕含む） 2.マルチタイプ（枕含む） 3.枕（オーダーメイド） 4.枕（レディメイド） a.オーダー枕変更
【付属品】				
<input type="checkbox"/> クッション（カバー付き）	1.平面形状型 2.モールド型	a. ゲル素材 b. 多層構造 c. 立体編物 d. 滑り止め加工 e. 防水加工		
<input type="checkbox"/> 座板	a. クッション一体型			
<input type="checkbox"/> 背クッション	a. 滑り止め加工			
<input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右 <input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置（パイプ） <input type="checkbox"/> 転倒防止装置（キャスト付き） <input type="checkbox"/> 転倒防止装置（折りたたみ構造）	<input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 個 <input type="checkbox"/> 杖たて（一本杖） <input type="checkbox"/> 杖たて（多脚つえ） <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ボール <input type="checkbox"/> 日よけ	<input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> ブレーキ 延長レバー 左・右 <input type="checkbox"/> ハンドリム滑り止め <input type="checkbox"/> ハンドリムノブ付き <input type="checkbox"/> 垂直ノブ		

【完成用部品・一部特例部品・特例部品】

【付属品】姿勢保持装置\_製作要素

【メーカー名／製品名】



- 備考
- 1 その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。
  - 2 色、材質、本人の希望事項などを記述すること。
  - 3 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。

身長 体重	cm / kg	種目名称別コード
----------	---------	----------

使用効果見込み

上記のとおり意見する。

年 月 日  
 病院又は診療所の名称  
 所在地  
 診療担当科名

医師氏名 ( 印 )  
 (自署又は記名押印)



(様式第6-1号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(その他の補装具)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。
- (2) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (3) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。

1 矯正用(注1)

視野障害のみでは対象となりません。

2 遮光用(注2)

支給対象は以下の要件を満たす者とします。

- (1) 視覚障害等により身体障害者手を取得している者又は障害者総合支援法施行令第1条に規定する特殊の疾病に該当する難病患者であること。
- (2) 羞明を来していること。
- (3) 羞明の軽減に、遮光眼鏡の装用より優先される治療方法がないこと。
- (4) 補装具費支給事務取扱指針に定める眼科医による選定、処方であること。

3 弱視用眼鏡(注3)

高倍率を適用する場合は、職業上または教育上真に必要な者に限られます。

4 処方

処方の欄には、眼鏡(矯正用)については、SHP、CYR、Ax、PD等、眼鏡(矯正用)に遮光機能のあるもの及び眼鏡(遮光用)については、遮光レンズの品名、カラータイプ、遮光率%を記載してください。(別紙による添付可)

補装具費（購入・修理）支給意見書

（補聴器用）

氏名	男・女			年	月	日生（	歳）																																											
住所				職業																																														
障害名				等級	級																																													
原因となった疾病・外傷名	※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）																																																	
医学的 所見	1 今回の聴力測定結果 （四分法）			500 1000 2000 Hz																																														
	右	dB	左	dB	聴 力 レ ベ ル	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		0				10				20				30				40				50				60				70				80				90				100		
0																																																		
10																																																		
20																																																		
30																																																		
40																																																		
50																																																		
60																																																		
70																																																		
80																																																		
90																																																		
100																																																		
2 オーディオメーターの形式																																																		
3 鼓膜の状況																																																		
右			左																																															
（別紙添付可）																																																		
その他の所見																																																		
※ 障害者総合支援法施行令に規定する疾病うち、急速に進行するため迅速な支給が必要と認められる場合はその旨を記載してください。																																																		
補聴器の 処方	補聴器（裏面注1）		型式等（裏面注2）		加算・付属品等																																													
	<input type="checkbox"/> 高度難聴用 <input type="checkbox"/> 重度難聴用		<input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 耳かけ型 <input type="checkbox"/> 耳あな型レディメイド <input type="checkbox"/> 耳あな型オーダーメイド <input type="checkbox"/> 骨導式ポケット型 <input type="checkbox"/> 骨導式眼鏡型		<input type="checkbox"/> イヤモード <input type="checkbox"/> 受信機（裏面注3） <input type="checkbox"/> ワイヤレスマイク（裏面注3） <input type="checkbox"/> オーディオチュー <input type="checkbox"/> その他（                      ）																																													
医学的所見（処方理由）（裏面注3）																																																		
その他	<input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置修理（裏面注4） <input type="checkbox"/> その他（                      ）																																																	
補聴効果	<input type="checkbox"/> 会話がはっきり理解 <input type="checkbox"/> 会話が大体理解 <input type="checkbox"/> 会話はあまり理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 会話は全く理解できないが音の識別は可能 <input type="checkbox"/> 音の識別不能					種目名称別コード																																												
上記のとおり意見する。																																																		
年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名																																																		
				医師氏名		（印）																																												
（自署又は記名押印）																																																		

※ 該当項目の□にチェックを入れてください。  
 ※ 作成にあたっては裏面を参照してください。

(様式第6-2号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(補聴器用)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (2) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。
- (3) オーディオグラムの別紙添付も可能です。

2 補聴器

- (1) 対象 高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者。  
中軽度補聴器は補装具費の対象外です。

(2) 種別

原則として、等級により次のような基準としています。(注1)

- ① 重度難聴用 身体障害者手帳2級及び3級
- ② 高度難聴用 身体障害者手帳4級及び6級

(3) 型式等

対象となる要件は次のとおりです。(注2)

- ① ポケット型・耳かけ型  
本人の障がい状況や使用目的によりどちらか適する器種を選択してください。

② 耳あな型

ポケット型及び耳かけ型の使用が困難で真に必要な者。

【例】 耳介の欠損や変形、皮膚炎等が著しく耳かけ型の使用が不可能

建築現場の作業等で常にヘルメットを装着

調理師等で常に油煙・湯気のある場所で働いている者

耳あな型オーダーメイドは、障がいの状況、耳の形状等がレディメイドでは対応不可能な者に限られます。

③ 骨導式

伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

(4) 「医学的所見」の記載について(注3)

以下の場合はその理由等を医学的所見に記載願います。

- ① 両耳装用を必要とする場合
- ② 耳あな型(レディメイド又はオーダーメイド)を必要とする場合((3)②参照)
- ③ 骨導式を必要とする場合
- ④ 聴力レベルは90dB未満であるが重度難聴用を必要とする場合
- ⑤ イヤモールドを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択してください。
- ⑥ 受信機、ワイヤレスマイク等の補聴システムを必要とする場合は加算・付属品等の欄から選択した上でその理由を医学的所見欄に記載してください。

【例】 重度難聴用耳かけ型を使用する者で、会議、一斉授業のように離れたところからの音声を聴取する必要がある者。

3 人工内耳用音声信号処理装置修理(注4)

人工内耳用音声信号処理装置修理が必要な場合は、様式第21号を添付してください。



(様式第6-3号裏面)

補装具費支給(購入・修理)意見書(その他の補装具)作成上の留意点

1 共通事項

- (1) 医学的所見には、当該補装具を必要とする理由が明確となるよう記載してください。
- (2) 障害名及び原因となった疾病・外傷名を必ず記載してください。
- (3) 障害者総合支援法施行令に規定する疾病の場合、身体状況の変動状況、日内変動、進行状況等について具体的に記載してください。

2 歩行器及び車載用姿勢保持装置(注1)

歩行器及び車載用姿勢保持装置の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載願います。

氏名		男・女 年 月 日生（ 歳）				
住所				職業（具体的に）		
障害名		原因となった 疾病・外傷名				
移乗能力		自立 ・ 半介助 ・ 介助		主な使用場所 屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外		
医学的所見 （体幹の可動性、筋力、変形、支持性等座位の機能状態）		※ 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記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般				
基本価格	1. 頭・頸部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	【付属品】		カットアウト テーブル	<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 表面クッション張り <input type="checkbox"/> テーブル取付部品（右・左）
	2. 上肢	<input type="checkbox"/> 採寸（右・左） <input type="checkbox"/> 採型（右・左）				
支持部	3. 体幹部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型	上肢保持部品	<input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> 肘パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 縦型グリップ（右・左） <input type="checkbox"/> 横型グリップ（右・左）		
	4. 骨盤・大腿部	<input type="checkbox"/> 採寸 <input type="checkbox"/> 採型				
支持部の連結	5. 下腿・足部	<input type="checkbox"/> 採寸（右・左）	体幹保持部品	<input type="checkbox"/> 頭頸部パッド <input type="checkbox"/> 肩パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 胸パッド <input type="checkbox"/> 胸受けロール <input type="checkbox"/> 体幹パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 腰部パッド		
	1. 固定	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腰部（右・左） <input type="checkbox"/> 膝部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左）				
構造フレーム	2. 遊動	<input type="checkbox"/> 前腕・手部支え（右・左） <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 張り調整型 <input type="checkbox"/> 下腿支え（右・左） <input type="checkbox"/> 足台（右・左） <input type="checkbox"/> フレックス構造	骨盤保持部品	<input type="checkbox"/> 骨盤パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 殿部パッド		
	3. 角度調整用部品	<input type="checkbox"/> 腰部（右・左） <input type="checkbox"/> 膝部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左） <input type="checkbox"/> 機械式 <input type="checkbox"/> ガス圧式 <input type="checkbox"/> 電動式				
調節機構	使用材料	<input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 金属	下肢保持部品	<input type="checkbox"/> 内転防止パッド <input type="checkbox"/> 外転防止パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 膝パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 下腿保持パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 足部保持パッド（右・左）		
	機構加算	1. ティルト機構 2. 昇降機構 3. 車椅子機能				
調節機構	1. 高さ調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 体幹支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左） <input type="checkbox"/> アームサポート（右・左）	ベルト部品	<input type="checkbox"/> 肩ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 腕ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 手首ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 胸ベルト <input type="checkbox"/> 骨盤ベルト <input type="checkbox"/> 股ベルト <input type="checkbox"/> 大腿ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 膝ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 下腿ベルト（右・左） <input type="checkbox"/> 足首ベルト（右・左）		
	2. 前後調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿支持部 <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左）	支持部カバー	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢（右・左） <input type="checkbox"/> 体幹部（平面形状型・モールド型・張り調整型） <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部（平面形状型・モールド型・張り調整型） <input type="checkbox"/> 下腿部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左） <input type="checkbox"/> 脱着式（ ） <input type="checkbox"/> 防水加工		
	3. 角度調節	<input type="checkbox"/> 頭部支持部 <input type="checkbox"/> テーブル	内張り	<input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> テーブル		
	4. 脱着機構	<input type="checkbox"/> 体幹パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 骨盤パッド（右・左） <input type="checkbox"/> 膝パッド（右・左） <input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> 内転防止パッド	体圧分散補助素材	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上肢（右・左） <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部（右・左） <input type="checkbox"/> 足部（右・左）		
	5. 開閉機構	<input type="checkbox"/> アームサポート（右・左） <input type="checkbox"/> 足部支持部（右・左）	キャスト	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 多機能		
			その他	<input type="checkbox"/> 介助用グリップ（右・左） <input type="checkbox"/> ストッパー <input type="checkbox"/> 高さ調整用台座		
完成用部品等						
使用効果見込み	（注：構造フレーム等の借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）					
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名						
				医師氏名	（ 印 ）	
（自署又は記名押印）						



補装具費支給（購入・修理）意見書（標準型電動車椅子用）

氏名	生年月日	年 月 日生 ( ) 歳	性別	男・女
住所			職業（具体的に）	
障害名		原因となった疾病・外傷名		
		※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)		
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）				
※ 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記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。				
移行能力		自立 ・ 半介助 ・ 介助	主な使用場所	屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外
基本価格	1. 標準 2. 頭頸部	本体	1. 標準型（低速用） 2. 標準型（中速用）	
a.新規支給（1台） b.2台同時支給 c.再支給		a.モジュール（標準） b.オーダーメイド c.レディメイド		
機構加算	1. 手動リクライニング機構 2. 電動リクライニング機構 3. 電動ティルト機構 4. 電動ティルト・リクライニング機構 5. 電動リフト機構	バッテリー	1. シールドバッテリー（標準） 2. リチウムイオンバッテリー	
		操作ボックス	1. 標準型（標準）	
		操作レバー	1. 感度調整（標準） a. ばね圧変更	
		スイッチ	1. 標準型（標準） a. スイッチ延長 個	
【構造部品加算】				
シート	1. 板張り式（標準） 2. スリング式 3. 張り調整式	a. 奥行き調整構造	サ ポ ー ト	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整構造 e. 背折れ構造
フットサポート	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	サ ポ ー ト	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式） a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整 d. 金属製フットサポート
サポートアーム	1. フレーム一体型_固定式（標準） 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長		ブレーキ 1. 電動又は電磁ブレーキ（標準）
タイヤ	1. エア（標準） 2. ノーパンク		キャスタ	1. エア（標準） 2. ノーパンク

【付属品】			
<input type="checkbox"/> パワーステアリング <input type="checkbox"/> クライマーセット <input type="checkbox"/> 手動スイングアーム <input type="checkbox"/> 電動チンコントロール式 <input type="checkbox"/> 手動チンコントロール式 <input type="checkbox"/> 多様入力コントローラ <input type="checkbox"/> a. 非常停止スイッチボックス <input type="checkbox"/> b. 4方向スイッチボード <input type="checkbox"/> c. 8方向スイッチボード <input type="checkbox"/> d. 小型ジョイスティックボックス <input type="checkbox"/> e. フォースセンサ <input type="checkbox"/> f. 足用ボックス <input type="checkbox"/> 簡易1入力 <input type="checkbox"/> ジョイスティックノブ <input type="checkbox"/> 小/球/こけし <input type="checkbox"/> U/十字/ペン/太長/T字/極小 <input type="checkbox"/> ヒールループ 左・右 <input type="checkbox"/> アンクルストラップ 左・右 <input type="checkbox"/> ステップカバー 左・右		<input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> テーブル取付部品 左・右 <input type="checkbox"/> 呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 痰吸引機搭載台 <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 車載固定部品 個 <input type="checkbox"/> 杖たて（一本杖） <input type="checkbox"/> 杖たて（多脚つえ） <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 栄養パック取付用ガードル架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> 日よけ <input type="checkbox"/> 雨よけ <input type="checkbox"/> 泥よけ <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> リフレクタ 個 <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル	
<input type="checkbox"/> クッション（カバー付き） 1. 平面形状型 a.ゲル素材 2. モールド型 b.多層構造 c.立体編物 d.滑り止め加工 e.防水加工		<input type="checkbox"/> 背クッション a. 滑り止め加工	<input type="checkbox"/> ヘッドサポート 1. 着脱式（枕含む） 2. マルチタイプ（枕含む） a. オーダー枕変更 3. 枕（オーダーメイド） 4. 枕（レディメイド）
【付属品】姿勢保持装置__製作要素		【完成用部品・一部特例部品・特例部品】	
【特記事項】			
身長 体重	cm / kg	種目名称別コード	
メーカー名／製品名			
使用効果見込み			
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名			
		医師氏名	( 印 )
(自署又は記名押印)			

補装具費支給（購入・修理）意見書（簡易型電動車椅子用）

氏名			生年月日	年 月 日生 ( ) 歳		性別	男・女
住所						職業（具体的に）	
障害名	原因となった疾病・外傷名 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)						
医学的所見（下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載すること。）							
※ 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記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続きが必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き： <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般							
移乗能力	自立 ・ 半介助 ・ 介助			主な使用場所	屋内 ・ 屋外 ・ 屋内外		
基本価格	1. 標準 2. 頭頸部						
本体	1 簡易型（切替式） 2 簡易形（アシスト式）						
a. 新規支給（1台） b. 2台同時支給 c. 再支給			a. モジュール（標準） b. オーダーメイド c. レディメイド				
機構加算	1. リクライニング機構 2. ティルト機構 3. ティルト・リクライニング機構		基本構造	1. 後方大車輪（標準）	a. 幅止め構造 個		
バッテリー	1. リチウムイオンバッテリー（標準） 2. ニッケル水素バッテリー		操作ボックス	1. 標準型（標準）			
操作レバー	1. 感度調整（標準）	a. ばね圧変更	スイッチ	1. 標準型（標準）	a. スイッチ延長 個		
【構造部品加算】							
シート	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式 3. 板張り式	a. 奥行き調整構造	サポートバック	1. スリング式（標準） 2. 張り調整式	a. ワイドフレーム b. バックサポート延長 c. 高さ調整構造 d. 背座角度調整構造 e. 背折れ構造		
サポートレッグ	1. 固定式（標準） 2. 挙上式 3. 着脱式 4. 開閉着脱式 5. 挙上・開閉着脱式	a. レッグベルト全面張り	サポートフット	1. セパレート式（標準） 2. セパレート式（二重折込式） 3. 中折式	a. 前後調整 b. 角度調整 c. 左右調整		
サポートアーム	1. フレーム一体型_固定式（標準） 2. フレーム一体型_跳ね上げ式 3. フレーム一体型_着脱式 4. 独立型_固定式 5. 独立型_跳ね上げ式 6. 独立型_着脱式	a. 高さ調整構造 b. 角度調整構造 c. アームサポート幅広 d. アームサポート延長	ブレーキ	1. 駐車ブレーキ／電磁ブレーキ a. 介助用ブレーキ b. フットブレーキ			
				・駆動輪	1. 固定式（標準） 2. 着脱式	a. 車軸位置調整構造 b. キャンバー角度変更 c. 片手駆動構造 d. レバー駆動構造	
タイヤ	1. エア（標準） 2. ノーパンク	キヤスタ	1. ソリッド（標準） 2. 衝撃吸収タイプ	ハンドリム	1. プラスチック（標準） 2. ステンレス 3. アルミ	a. ピッチ 30mm 超 b. 片手駆動構造	

【付属品】

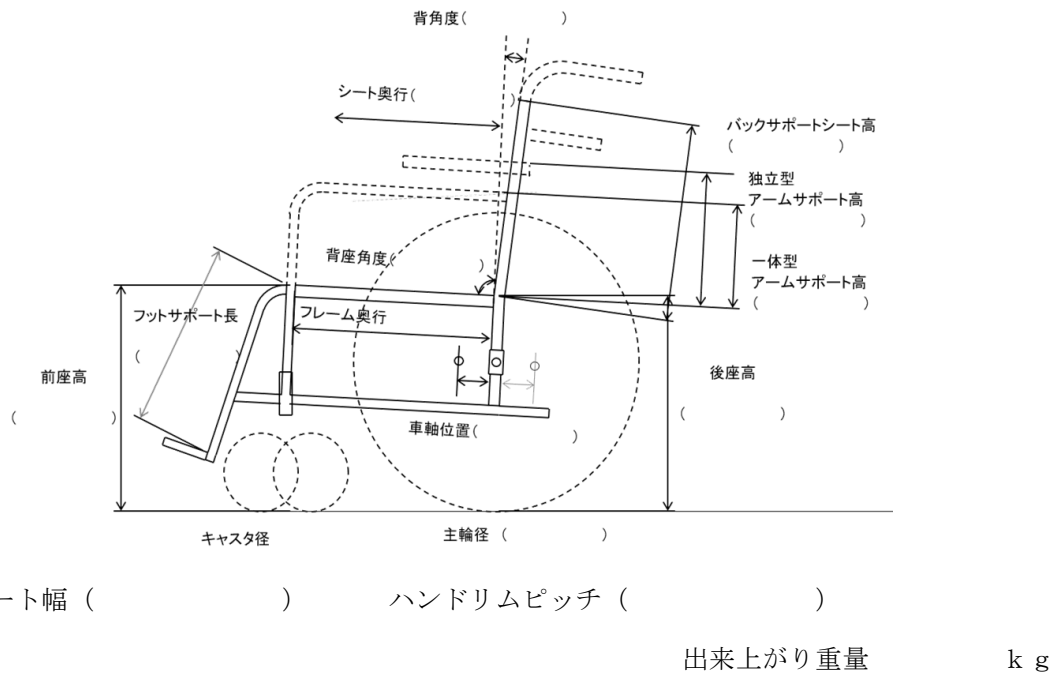
- 手動スイングアーム
- 手動チンコントロール一式
- 多様入力コントローラ
  - a. 非常停止スイッチボックス
  - b. 4方向スイッチボード
  - c. 8方向スイッチボード
  - d. 小型ジョイスティックボックス
  - e. フォースセンサ
  - f. 足用ボックス
- 簡易1入力
- ジョイスティックノブ
  - 小/球/こけし
  - U/十字/ペン/太長/T字/極小
- ヒールループ 左・右
- アンクルストラップ 左・右
- ステップカバー 左・右

- テーブル
- テーブル取付部品 左・右
- 呼吸器搭載台  痰吸引機搭載台
- 携帯用会話補助装置搭載台
- 車載固定部品 個
- 杖たて (一本杖)
- 杖たて (多脚つえ)
- 酸素ボンベ固定装置
- 栄養パック取付用ガードル架
- 点滴ポール  日よけ  雨よけ
- 泥よけ  スポークカバー
- リフレクタ 個
- 高さ調整式手押しハンドル
- ハンドリム滑り止め
- ハンドリムノブ付き
  - a. 垂直ノブ
- ブレーキ延長レバー 左・右

- クッション (カバー付き)
  1. 平面形状型
    - a. ゲル素材
    - b. 多層構造
    - c. 立体編物
    - d. 滑り止め加工
    - e. 防水加工
  2. モールド型
- 背クッション a. 滑り止め加工
- ヘッドサポート
  1. 着脱式 (枕含む)
  2. マルチタイプ (枕含む)
    - a. オーダー枕変更
  3. 枕 (オーダーメイド)
  4. 枕 (レディメイド)

【完成用部品・一部特例部品・特例部品】

【付属品\_姿勢保持装置製作要素】



- 備考 1 その他に印したときは、必ず処方内容を記入すること。  
 2 色、材質、本人の希望事項などを記述すること。  
 3 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。

身長 体重	cm / kg	種目名称別コード	メーカー名 / 製品名
----------	---------	----------	-------------

使用効果見込み

上記のとおり意見する。  
 年 月 日  
 病院又は診療所の名称  
 所在地  
 診療担当科名  
 医師氏名 (印)  
 (自署又は記名押印)

補装具費支給(購入・修理)意見書

(電動車椅子用)

(内部機能障害用)

氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所			
障害名及び原因となった疾病・外傷名  ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない )			
障害の状況          ※難病患者等については、身体状況等の変動状況や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。			
障害の程度 (次のいずれかに○印をする) ア 心臓 (呼吸器その他) の障害により自己の身の日常生活活動が極度に制限されるもの イ 心臓 (呼吸器その他) の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの ウ 心臓 (呼吸器その他) の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの			
電動車椅子を使用する必要性 (歩行が制限されている状態と電動車椅子の必要性との関係を記載する)			
身長 体重	cm /	kg	種目名称別コード
使用効果見込み			
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 医師氏名 ( 印 ) (自署又は記名押印)			



氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 歳	
住所				
原因となった 疾病・外傷名	※ 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記載し、症状がより重度である状態についても記載すること。また、迅速な手続きが必要な場合は、迅速手続が必要な医学的理由についても記載する。 進行性疾患 : <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続き : <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般 ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない )			
身体 の 状 況	上肢			
	下肢			
	言語	会話可能	簡単な応答可能(単語程度)	不能
	日内 変動等			
意思伝達装置 操作方法				
意思伝達装置 の種類	(該当項目に○を付してください。) 1 文字等走査入力方式 (簡易なもの) 2 文字等走査入力方式 (簡易な環境制御機能が付加されたもの) 3 文字等走査入力方式 (高度な環境制御機能が付加されたもの) 4 文字等走査入力方式 (通信機能が付加されたもの) 5 生体现象方式 6 その他 (機種等特定できる場合は記入願います。)			
選 択 理 由	(機種等特定できる場合は記入願います。)			
その他				
種目名称別 コード				
使用効果 見込み	(注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する)			
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名				
		医師氏名	( 印 )	
(自署又は記名押印)				

(ご記入についてのお願い)

- 1 この意見書は、身体障害者及び難病患者等の現状についてご記入いただき、重度障害者用意思伝達装置の購入(修理)に係る補装具費支給に係る決定を行う基礎資料とするものです。
- 2 重度障害者用意思伝達装置とは  
まばたき、筋電センサー等の特殊な入力装置を操作することにより、自分の意思を第三者に伝えることを可能にする装置です。
- 3 給付対象者  
下記のいずれかに該当する者となります。
  - (1) 重度の両上下肢及び音声・言語機能障害者であって、重度障害者用意思伝達装置によらなければ意思の伝達が困難な者。
  - (2) 難病(障害者総合支援法施行令に規定する疾病)患者については、音声・言語機能障害及び神経・筋疾患である者。
- 4 貴院において、重度障害者用意思伝達装置の使用訓練等を実施されている場合は、その経過等についても、「その他」の欄にご記入ください。
- 5 記載にあたっては、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、義肢装具士、言語聴覚士、リハビリテーション工学技師、社会福祉士、介護福祉士、建築士等、関係職員及び関係機関と充分連携のこと。
- 6 参考

重度障害者用意思伝達装置種類別支給対象者例

種類		支給対象者例	備考
文字等 走査 入力方式	簡易なもの	操作が簡易であるため、複雑な操作が苦手な者、若しくはモバイル使用を希望する者。	ひらがな等の文字綴り選択による文章の表示や発声、要求項目やシンボル等の選択による伝言の表示や発声等を行うソフトウェアが組み込まれた専用機器及びプリンタとして構成されたもの。
	簡易な環境制御機能が付加されたもの	独居等日中の常時対応者(家族や介護者等)が不在などで、家電等の機器操作を必要とする者。	1つの機器操作に関する要求項目を、インターフェイスを通して機器に送信することで、当該機器を自ら操作できるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
	高度な環境制御機能が付加されたもの		複数の機器操作に関する要求項目を、インターフェイスを通して機器に送信することで当該機器を自ら操作することができるソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
	通信機能が付加されたもの	通信機能を用いて遠隔地の家族等と連絡を取ることが想定される者。	文章表示欄が多く、定型句、各種設定等の機能が豊富な特徴を持ち、生成した伝言を、メール等を用いて、遠隔地の相手に対して伝達することができる専用のソフトウェアをハードウェアに組み込んでいるもの。
生体现象方式		筋活動(まばたきや呼吸等)による機器操作が困難な者。	脳波や脳の血液量等を利用して「はい・いいえ」を判定するもの。

## 車椅子調査書

本人氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)
保険種別	国保・社保・共済・労災・生保・その他 ( )		
職 業	(障害前)		
	(現 在)		
自家用車	本人が使用する自家用車が ある ・ ない		
運転免許	本人は自動車免許を 所持している ・ 所持していない		
使用環境	屋内使用 可 ・ 不可	戸外使用 可 ・ 不可	
使用目的	いつも足の代わりに使う・介護による移動の時・その他 ( )		
使用場所	自宅内・戸外・その他使用する場所 ( )		
操作方法	自操できる・押ししてもらう		
乗り降り	自力でできる・介助を要する		
使用経験	車椅子を使用したことが ある ・ ない		
入院状況等	在宅・入院中・入所中 ・ 病院名 ( ) ・ 退院の予定 ( 年 月頃) ・ 施設名 ( ) ・ 退所の予定 ( 年 月頃)		
介護者の 状況等	(日常介護を受けている場合、介護者の続柄、年齢、健康状態などを記載)		
車椅子付属品 (特例) の必要な理由			
車椅子使用に ついての市町 村の意見	<p>(※ 車椅子を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)</p> <p style="text-align: right;">調査者：職・氏名</p>		

(注) この調査書は、車椅子の必要性や使用する環境について、市町村の身体障がい者福祉担当者が実際に調査を行って記載してください。該当項目に○印をしてください。



電動車椅子調査書

氏 名		生年月日	年 月 日( 歳)
住 所			
手 帳 番 号	号	等級	種 級
障 害 名			
補 装 具 交 付 歴	(名称)	(交付年月)	
希望する電動車いすの形式	標準型（低速用） 標準型（中速用） 1 手動リクライニング機構 2 電動リクライニング機構 3 電動ティルト機構 4 電動ティルト・リクライニング機構 5 電動リフト機構	簡易型（切替式・アシスト式） 1 リクライニング機構 2 ティルト機構 3 ティルト・リクライニング機構	
交付を希望する理由			
調 査 項 目	記 載 欄		
生 活 状 況	就労・社会参加等の状況		
	家族構成 (家族介護の状況)		
	その他参考事項		
障 害 の 状 況	受療している医療機関		
	日常生活の介助の状況 (ADL の状況)		
	室内・外の移動能力		
使 用 者 条 件	視覚障害	有 (程度 )	無
	聴覚障害	有 (程度 )	無
	交通法規の理解・遵守 (面接により確認)		
操 作 能 力	使用経験の有無	有	無

環 境	使用する場所 (電動車椅子を必要とする場所)	
	道路状況 (坂道、悪路、交通量等の状況)	
	危険な場所の有無	
	移動時の介助者の必要性	
	使用頻度	
電動車椅子使用についての市町村の意見	<p>(※ 電動車椅子を必要と認める理由が明確になるよう記載願います。)</p> <p style="text-align: right;">調査者：職・氏名</p>	

必要に応じて地図、状況図等を作成する。



補装具費支給(購入・修理)に係る意見書

(市 町 村 長 ) 様

所属

職・氏名

( 印 )

(自署又は記名押印)

このことについて、下記のとおり意見を申し述べます。

被 保 険 者 氏 名 ( 身 体 障 害 者 )	性 別	被 保 険 者 番 号	
	男・女	保 険 者 名	
生 年 月 日		要 介 護 度	
住 所			
手 帳 番 号	岩手県 第 号 ( 年 月 日交付)		
障 害 名			
必 要 と す る 補 装 具			
補 装 具 費 支 給 が 必 要 な 理 由	(※ 該当項目に○を付してください。)		
	1 障害者の身体状況から、標準的な既製品の福祉用具を貸与することの適否が明確でなく、医学的判断により対応するのが適当なため 2 障害者の身体的状況及び外見上明らかにレディメイドでは対応できないと判断されるため		
	(具体的理由)		
そ の 他			

特例補装具費支給(購入・修理)理由書

氏 名		市町村名		作 成 年 月 日	年 月 日
原 因 疾 病					
障 害 名				手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日
補 装 具 (名称・形式)	<input type="checkbox"/> 特例 ・ 一部特例 ( <input type="checkbox"/> クッション又はスイッチ <input type="checkbox"/> 左記以外の構成要素1つ) ※該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 願います。 「一部特例」の場合は、「障害者の状況」以下の欄の記載は不要です。				
障 害 者 の 状 況	(1) 身体状況				
	(2) 日常生活状況 (ADL、住環境、教育、職業状況等)				
現在の補装具の 使用状況					
基 準 内 ・ 特 例 補 装 具 の 相 違 点	(1) 基準内補装具により支障をきたす点				
	(2) 特例補装具の特徴、効用				
使用についての 市町村の意見	(※ 特例補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)				
備 考	職・氏名				

## 殻構造義肢電動式義手調査書

氏 名	男・女 年 月 日生 ( 歳)			
住 所				
障 害 名			等 級	級
職 業 及 び 業 務 内 容 と 就 労 期 間	切断時：	切断年月日	年 月 日	
	復職時：			
	現 在：			
切 断 原 因			切 断 部 位	
断 端 長	右： c m 左： c m ( / 上肢長 c m)			
合 併 症	右：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚癒痕・その他			
	左：なし・幻肢痛・断端痛・骨突起・皮膚癒痕・その他			
利 き 手	切断前： 右・左 切断後： 右・左			
義 手 装 着 訓 練 の 経 過	訓練用仮義手(能動) 訓練期間：	電動式の 訓練	期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	装飾用・能動式 訓練期間：		頻度	時間 / 回 週間
電 動 式 以 外 の 使 用 状 況 等	装飾用義手使用の有無： 使用状況等：			
	能動式フック型使用の有無： 使用状況等：			
	能動式ハンド型使用の有無： 使用状況：			
切 断 後 の 電 動 式 訓 練	訓練を受けた場所： 断端及び義手訓練の具体的内容：  筋電分離訓練の具体的内容：			
電 動 式 と 併 用 義 手 に つ い て				
電 動 式 の 適 合 状 況 等 の 所 見 (他 義 手 と 比 較 し て 生 活、職 業 上 優 位 と な る 点)				
特 記 事 項				
使用についての 市町村の意見	(※ 電動式を必要と認める理由が明確となるよう記載願います。)			
	調査者：職・氏名			

(注) この調査書は、電動式の必要性等について市町村の障がい者福祉担当者が実際に調査を行なって記載してください。



## 重度障害者用意思伝達装置使用状況報告書

氏名	男・女	年 月 日生 ( 歳)
住所		
使用場所 : <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
障害名及び原因となった疾病・外傷名		
※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当 ( <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない)		
身障手帳: 肢体不自由 ( ) 級、音声・言語機能障害 ( ) 級		
使用開始	年 月 日	
使用環境・その他	具体的に記入してください。	
使用頻度・状況	<input type="checkbox"/> 使用している (1日あたり 時間 / 週 日) <input type="checkbox"/> 思ったように使えている ・ <input type="checkbox"/> 思ったほど使えていない (使用内容) <input type="checkbox"/> 日常用件 ・ <input type="checkbox"/> 遠方の人とのやりとり ・ <input type="checkbox"/> 日記 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 使用していない	
	↳ (※「思ったほど使えていない」、「使用していない」場合) <input type="checkbox"/> 機器本体の使い方が分からない <input type="checkbox"/> スイッチが使いにくい・使えない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
本人の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 スイッチの適合 : 良好 ・ 不良 ( ) その他付属品の適合 : 良好 ・ 不良 ( ) 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい ( )	
介護者の操作能力	操作状況 : 独力で可能 ・ 一部介助 ・ 不可能 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい ( )	
身体機能	(状況の変化があれば記載)	
支援の有無	<b>【使用に関する支援の必要性】</b> <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容 : ) <b>【支援を受けられているか】</b> <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (内容 : ) <b>【支援機関等の有無】</b> <input type="checkbox"/> あり [ 支援機関、支援者等 ] <input type="checkbox"/> なし [ <input type="checkbox"/> 受けられる機関がない ・ <input type="checkbox"/> 機関がわからない <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]	
満足度	本人 :	主たる介護者 :
備考欄		
年 月 日		
記入者 :	(市町村 :	担当課 : )

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

年 月 日

(補装具業者名及び代表者名) ( 印 )

(自署又は記名押印)

岩手県福祉総合相談センター所長 様

氏の補装具費支給申請（補聴器）について、以下の者がデジタル補聴器の調整を行います。

調整を行う者の職・氏名

職（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

氏名（ ）

(言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し)

※貼付欄

※ 見積書に添付してください。

デジタル補聴器の装用に関し専門的知識、技術を有する者の証明

氏の補装具費支給申請（補聴器）について、  
以下の者がデジタル補聴器の調整を行ったことを証明します。

年 月 日

（補装具業者名及び代表者名） （ 印 ）

（自署又は記名押印）

調整を行った者の氏名（ ）  
（ 言語聴覚士 ・ 認定補聴器技能者 ）

（言語聴覚士免許証、認定補聴器技能者認定証書又は認定補聴器技能者カードの写し）

※貼付欄

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法の補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当課

作成医師氏名

( 印 )

(自署又は記名押印)

記

【患者情報】

氏 名

生年月日 年 月 日 年齢 歳

住所

身障手帳障害名と等級

( 種 級 )

【使用している人工内耳用音声信号処理装置】

メーカー名：

機 種 名：

【確認項目】

以下に該当する場合は□に☑を入れてください。

- 該当の人工内耳音声信号装置はメーカーの保証期間外となっている。
- 人工内耳音声信号処理装置の交換ではなく、修理が必要である。
- 人工内耳メーカーと提携する任意保険（動産保険）に加入していない。

迅速判定に係る調査書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
申請の種類			購入（借り受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理 ※ 迅速判定（有・無）				
対象者	住所						
	フリガナ 氏名						
	生年月日		電話				
世帯員の状況	氏名	年齢	対象者との続柄	課税状況		備考	
				課税区分	市民税 所得割		
	非課税世帯	氏名	所得		障害年金	手当	合計
			円		円	円	円
世帯区分	1. 生活保護      2. 低所得      3. 一般      4. 一定所得以上						
用具名		基準額	見積額	利用者負担	公費負担		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
合計		円					
月額負担上限額		円					
上記のとおり確認しました。							
年 月 日							
調査者 職・氏名							