様式９

姿勢保持装置支給（修理）意見書・処方箋　**(1/3ページ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町名 | |  | 氏　名 |  | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日　（　　　　歳） | |
| 障　害　名 | | |  | | | | | | | |
| 原因となった  疾病・外傷名 | | |  | | | | | | | 疾病　・　先天性　・　交通　・　労災  その他の事故　・　その他（　　　　　　　） |
| 疾病・外傷発生年月日　　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 障　　害　　の　　状　　況 | 体幹機能 | | 【体幹の状態（可動性、筋力、変形、支持性等）、座位の状態等を記入】  [身長](　　　 )㎝　　[体重](　 　　)kg | | | | | | | |
| 座位保持の様子 | | | 不可　　背もたれ等により可（     　時間・分）　自力で可（     　時間・分） | | | | |
| 立位保持の様子 | | | 不可　　支持により可（     　時間・分）　　　　自力で可（     　時間・分） | | | | |
| 立ち上がりの様子 | | | 不可　　介助により可　　自力で可　　起立性低血圧あり | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 知覚障害 | | 無　　　　有　〔　程度（　     　）、部位（　　　　　　　　　　　　　　　　）　〕 | | | | | | | |
| 上肢機能 | | 【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入】  【握力】右(　　　)kg　　左(　　　)kg | | | | | | | |
| 下肢機能 | | 【関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入】 | | | | | | | |
| 歩行状態 | | （装具　有無）　屋外歩行可能　　　屋内歩行可能　　　不可能 | | | | | | | |
| 車椅子 | | 移乗 | | 自立　　　一部介助　　　全介助 | | | | | |
| 操作（屋内） | | 可能（     m）　　　　要監視　　　　不可能 | | | | | |
| 操作（屋外） | | 可能（     m）　　　　要監視　　　　不可能 | | | | | |
| 褥　瘡 | | 有　無　既往あり、　　　　（発赤有　無）、　　　部位（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 補装具の名称 | | |  | | | | | | | |
| 車載用で姿勢保持装置  の場合はその理由 | | |  | | | | | | | |
| 【補装具の処方効果、主な使用目的、使用頻度、使用時間（車載用  にあっては１乗車機会当たりの連続使用時間も）】 | | | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 変　形  **×** | 切離断 | 感覚障害 | 運動障害 |   障害部位図示 | | |
| 年　　月　　日  病院又は診療所名  所　　在　　地  診療担当科名  作成医師氏名 | | | | | | | |

座位保持椅子支給（修理）意見書・処方箋

様式９（２）

姿勢保持装置支給（修理）意見書・処方箋　**(2/3ページ)**

座位保持椅子支給（修理）意見書・処方箋



様式９（３）

姿勢保持装置支給（修理）意見書・処方箋　**(3/3ページ)**

座位保持椅子支給（修理）意見書・処方箋

【記載上の注意】

1. 身体障害者福祉法第１５条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。
2. 該当箇所に✔、○をつけること。
3. 障害部位の図示は必ず記載すること。
4. 処方内容は基本価格、製作要素（支持部等）、付属品などの必要部品に✔をつけること。
5. 座位保持椅子にあっては、本様式中、基本価格から付属品までの各欄は記入不要。主材料（木材等）及び加算要素（車載用加算等）を特記事項欄に記入すること。

**完成見込図**