

補装具支給意見書様式集 目次

- ① 補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義肢・装具・歩行器等）
 - ・義手用（様式 2－1（1））
 - ・義足用（様式 2－1（2））
 - ・装具用（様式 2－1（3））
 - ・歩行器等（様式 2－1（4））

- ② 補装具費支給・修理意見書・処方箋（車椅子用）・様式 2－2
（参考様式）車椅子（型式選定理由・装備品必要理由）

- ③ 眼鏡等意見書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式 2－3

- ④ 補聴器意見書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式 2－4
（参考様式）耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）
（参考様式）人工内耳用音声信号処理装置 確認票

- ⑤ 内部障害者用車椅子支給（修理）意見書・・・・・・・・ 様式 2－5

- ⑥ 電動車椅子支給調査書・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式 3

- ⑦ 補装具費支給意見書・処方箋（電動車椅子用）・・ 様式 3－2
（参考様式）電動車椅子（型式選定理由・装備品必要理由）

- ⑧ 電動車椅子操作能力等調査票・・・・・・・・・・・・ 様式 3－3

- ⑨ 特例補装具支給理由書・・・・・・・・・・・・・・・・ 様式 4

- ⑩ 重度障害者用意思伝達装置意見書・・・・・・・・・・ 様式 5

- ⑪ 姿勢保持装置・座位保持椅子支給（修理）意見書・処方箋・様式 9

※④「（参考様式）耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）」及び

⑥「電動車椅子支給調査書」については市町担当者記載（作成）様式です。

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用） (1/2 ページ)

氏名	年 月 日 生 (歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。（病歴、全身所見、合併症、ADL等） ※断端面の状態も記載する。修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必要と認め る 補 装 具	補装具の種目、名称（左右を明記） （現在使用中の補装具名「 ※治療用装具の場合は、名称の前に（治）と記載する。
	処 方 次頁処方箋のとおり
	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記載する。） ・介助が不要となる ・食事 ・装飾的效果 その他 具体的動作
上記のとおり意見、処方する 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	

【記入上の留意事項】

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。

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用）

(2/2 ページ)

氏 名				生年 月 日	年 月 日 () 歳		
住 所					TEL		
医学的 所 見	疾患名			切断 部位	左 右	職 業	(具体的に)
	障害名			断端長	cm		
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 ☐ 装飾用 ☐ 作業用	加 算	1. 肩甲胸郭間切断用 2. 吸着式 3. 頸上懸垂式 4. スプリットソケット 5. チェックソケット ☐ シリコーン又はライナー ☐ 透明チェックソケット		

【製作要素】

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 ソフト	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		骨格構造	
	1. 能動式 ☐ 肩部 2. 電動式 ☐ 上腕部 3. その他 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 ☐ 前腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 ☐ 手部 ☐ 形状、接続部の修正		☐ 肩義手用 ☐ 上腕義手用 ☐ 肘義手用 ☐ 前腕義手用 ☐ 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 3. 肘義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 b. 肩たすき一式 c. 8字ハーネス一式 4. 前腕義手用 5. 手義手用 6. 手部義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 b. 8字ハーネス一式 c. 9字ハーネス一式 d. たわみ継手(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		骨格構造	
	☐ 肩部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 ☐ 上腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 ☐ 前腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装		☐ 肩義手用 ☐ 上腕義手用 ☐ 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)

処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適合判定	年 月 日	

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義足用）（1/2 ページ）

氏名	年 月 日 生（ 歳 ）
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。（病歴、全身所見、合併症、ADL 等） ※断端面の状態も記載する。修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必要と認めらる補装具	補装具の種目，名称（左右を明記） （現在使用中の補装具名「 」） ※治療用装具の場合は、名称の前に（治）と記載する。
	処 方 次頁処方箋のとおり
	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記載する。） ・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩 行 ・介助が不要となる ・装飾的效果 （ その他 具体的動作等 ）
上記のとおり意見、処方する 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	

【記入上の留意事項】

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。

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義足用）

(2/2 ページ)

氏 名				生年 月 日	年 月 日 () 歳		
住 所					TEL		
医学的 所 見	疾患名			切 断 左 右	職 業 (具体的に)		
	障害名			断 cm			
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	a. 差込式	b. PTB 式	c. PTS 式
		d. KBM 式	e. TSB 式		d. KBM 式	e. TSB 式	
	5. サイム義足						
	6. 足根中足義足	a. 足袋式 b. 下腿部支持式					
基本価格	1. 差込式	6. KBM 式	加 算	1. 片側骨盤切断用			
	2. ライナー式	7. TSB 式		2. 短断端切断用キャップシャフト			
	3. 吸着式	8. 有窓式		3. 坐骨収納型ソケット			
	4. PTB 式	9. 足袋式		4. 大腿支柱付き			
	5. PTS 式	10. 下腿部支持式		5. チェックソケット □シリコーン又はライナー □透明プラスチック			

【製作要素】

ソケット	1. 熱硬化性樹脂 2. 熱可塑性樹脂 3. 木製 4. 皮革 □エアクッションソケット □カーボンストッキネット □下腿部支持式	イン サート ソフト	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. シリコーン	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 □土台修正 □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 □土台修正				
義足懸垂用部品	1. 股義足用 a. 懸垂帶一式 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 a. シレジアバンド一式 b. 肩吊り帯 c. 腰バンド d. 横吊带 e. 義足用股吊带一式 4. 下腿義足用 5. サイム義足用 a. 腰バンド b. 横吊带 c. 大腿コルセット一式 d. PTB カフベルト一式			外 装	殻構造義肢		骨格構造義肢
	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		1. 股義足用 2. 大腿義足用 3. 膝義足用 4. 下腿義足用 □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)			
処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日 良・不良
採型	年 月 日	適合判定	年 月 日

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（装具用）（1/3 ページ）

氏名	年 月 日 生（ 歳 ）
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
障害・疾患等の状況 ※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。（病歴、全身所見、合併症、ADL等） ※修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。	
必要と認めらる補装具	補装具の種目，名称（左右を明記）
	（現在使用中の補装具名「 」） ※治療用装具の場合は、名称の前に（治）と記載する。
	処 方 次頁処方箋のとおり
	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記載する。） ・屋内移動 ・屋外移動 ・立位の保持 ・歩 行 ・介助が不要となる ・食事 ・装飾的効果 その他 具体的動作
上記のとおり意見、処方する 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	

【記入上の留意事項】

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。

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（装具用）

(2/3 ページ)

名称・区分・基本構造 基本価格									
1 下肢装具	Aー	☐ 採型 ☐ 採寸							
	1. 股装具	2. 長下肢装具	3. 膝装具	4. 短下肢装具	5. 足装具				
	A 硬性	A 硬性	A 硬性	A 硬性	A 足底装具				
	B フレーム	B 両側支柱付	B 両側支柱付	B 両側支柱付	B Denis-Browne（デニスブラウン）型				
	C 軟性	C 片側支柱付	C 片側支柱付	C 片側支柱付					
2 靴型装具	Bー	☐ 採型 ☐ 採寸	3 体幹装具	Cー	☐ 採型 ☐ 採寸				
	A 長靴								
	B 半長靴（偏上靴）								
	C チャッカ靴								
	D 短靴								
4 上肢装具	Dー	☐ 採型 ☐ 採寸							
	1. 肩装具	2. 肘装具	3. 手関節装具	4. 手装具			5. 指装具	☐ BFO	
	A 硬性	A 硬性	A 硬性	D 軟性	A 硬性	A 硬性	☐ PSB		
	B フレーム	B 両側支柱付	B 両側支柱付	E 掌側(背側)支柱付	B フレーム	B フレーム			
	C 軟性	C 軟性	C 片側支柱付	C 軟性					

【製作要素】

1. 下肢装具		
a.継手 (1)股継手 (2)膝継手 (3)足継手 ☐固定式 ☐固定式 ☐固定式 ☐遊動式 ☐遊動式 ☐遊動式 ☐プラスチック継手 ☐プラスチック継手		c.その他の加算要素 ☐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
b.支持部 (1)大腿支持部 (2)下腿支持部 (3)足部 A 半月 A 半月 A あぶみ B 皮革等 B 皮革等 B 足部 1 カフバンド 2 大腿コルセット 1 カフバンド 2 下腿コルセット 1 足部覆い C 硬性 C 硬性 2 標準靴 1 熱硬化性樹脂 1 熱硬化性樹脂 3 硬性(熱硬化性樹脂) 2 熱可塑性樹脂 2 熱可塑性樹脂 4 硬性(熱可塑性樹脂) C 足底装具 1 MP関節遠位 2 MP関節近位 ☐大腿支持部坐骨支持式 ☐下腿支持部(PTB式・PTS式・KBM式) ☐足板の補強 ☐カーボン使用(大腿支持部・下腿支持部・足部)		☐キャリパー ☐ツイスター(硬性・軟性) ☐Denis-Browne(デニスブラウン)型 ☐膝当て ☐T・Y ストラップ ☐スタビライザー ☐ターンバックル ☐アウトリガー ☐伸展・屈曲補助装置 ☐補高足部 ☐足底裏側(すべり止め用) ☐高さ調節 ☐内張り (大腿部・下腿部・足部・足底部) ☐足底装具屋内用ベルト
2. 靴型装具		
a.製作要素 ☐グッドイヤー式 ☐マッケイ式 (a)患側 (整形靴・特殊靴) (b)健側 ☐短靴 ☐チャッカ靴 ☐短靴 ☐チャッカ靴 ☐半長靴 ☐長靴 ☐半長靴 ☐長靴		b.付属品等の加算要素 ☐月型の延長 ☐スチールバネ入り ☐トウボックス補強 ☐鉛板の挿入 ☐足背ベルト ☐ベルト(裏付き)の追加 ☐補高(敷き革式・靴の補高) ☐ヒール補正(トルクヒール・ウェッジヒール等) ☐足底の補正(内側、外側ソールウェッジ・テンパーバー等)

(3/3 ページ)

3. 体幹装具			
a. 支持部		b. その他の加算要素	
(1)頸椎支持部		(1)体幹装具付属品	
A 硬性	(4)仙腸支持部	(2)側弯症装具付属品	
1 支柱付き 2 支柱なし	A 硬性	(3)内張り	
B フレーム	1 支柱付き 2 支柱なし	☐ 高さ調整	☐ ミルウォーキー型付属品一式
C カラー	B フレーム	☐ ターンバックル式	☐ 胸椎パッド
1 あご受けあり 2 あご受けなし	C 軟性	☐ 腰部継手	☐ 腰椎パッド
	D 骨盤帯	☐ バタフライ	☐ ショルダーリング
(2)胸椎支持部	1 芯あり 2 芯なし	☐ 肩バンド	☐ 腋窩パッド
A 硬性	(5)骨盤支持部	☐ 会陰ひも	☐ ネックリング
1 支柱付き 2 支柱なし	A 皮革	☐ 腹圧強化バンド	☐ 胸郭バンド
B フレーム	B 硬性	☐ 斜頸枕	☐ アウトリガー
C 軟性			☐ 前方支柱
(3)腰椎支持部	☐ 硬性のサンドイッチ構造		☐ 後方支柱
A 硬性			☐ 側方支柱
1 支柱付き 2 支柱なし			
B フレーム			
C 軟性			

4. 上肢装具

a. 継手 (1)肩継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C 肩回旋装置 (2)肘継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C プラスチック継手 (3)手継手 A 固定式 ・ B 遊動式 C プラスチック継手 (4)MP継手 A 固定式 ・ B 遊動式 (5)IP継手 A 固定式 1 硬性 2 フレーム B 遊動式 ・ C 鋼線支柱	c. その他の加算要素 ☐肘サポーター（支柱付き ・ 支柱なし） ☐末節骨パッド（硬性 ・ フレーム） ☐中・末節骨パッド（硬性 ・ フレーム） ☐対立バー ☐Cバー ☐アウトリガー ☐伸展・屈曲補助パネ ☐膝当て ☐ターンバックル ☐フレクサーヒンジ ☐内張り（上腕部 ・ 前腕部 ・ 手部）
b. 支持部 (1)胸部支持部 A 硬性 B フレーム (2)骨盤支持部 A 硬性 B フレーム (3)上腕支持部 A 半月 B 皮革等 (4)前腕支持部 A 半月 B 皮革等 (5)手部背側パッド A 硬性 B フレーム (6)手掌パッド A 硬性 B フレーム 1 カフバンド 2 上腕コルセット C 硬性 1 カフバンド 2 前腕コルセット C 硬性	

【完成用部品価格】

完成用部品	
-------	--

【レディメイド】

メーカー名		メーカー型番	
装具名称		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記述すること

(借受けの希望 有 ・ 無)				
処 方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採 型	年 月 日	適 合 判 定	年 月 日	

様式 2 - 1 (4)

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（歩行器等）

[illegible]

※該当箇所を○で囲んでください

【記入上の留意事項】

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。

製作方式	☐ モジュール方式 ☐ レディメイド方式 ☐ オーダーメイド方式				※オーダーメイドの場合は次頁に必要理由を記載すること
氏 名			生年月日	年 月 日生（ 歳）	
疾患名				発症日	年 月 日
障害名				障害手帳	種 級
障害の状況	（病歴、全身所見、合併症、筋力、A D L 等） 握力：右 Kg / 左 Kg				
来所困難な医学的理由					
日常生活活動の様子（不足分はその他の欄にご記入ください。）					
座位保持の様子	背もたれ不要	要背もたれ	要シートベルト	不可能	
普通型車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	30分～3時間	30分以下	
立位保持の様子	自立	要手すり	介助	不可能	
乗り移り	自立	要手すり	一部介助	全介助	
歩行（装具：有・無）	屋外歩行可能（ m）		屋内歩行可能（ m）		不可能
車椅子操作方法	両手	両足	片手片足	その他（ ）	
車椅子操作（屋内）	可能（ m）		要監視	不可能	
車椅子操作（屋外）	可能（ m）		要監視	不可能	
知的障害（認知症など）	無		疑い	有	
感覚障害（腰背部、臀部など）	障害なし		軽度	重度	脱失
褥瘡	無・有	既往あり	発赤（無・有）	部位（ ）	
座りなおし			可能	不可能	
起立性低血圧			無	有	
身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）					
身長（ cm）					
座高（ cm）					
体重（ kg）					
車椅子の名称（型式） ※選定理由欄が不足の場合は、別紙に記載してください。（別添の参考書式をご参照ください） （モジュール・レディメイド・オーダーメイド）方式の 型車椅子 [選定理由]					
必要な装備品等 ※品目ごとに必要理由を記載してください。別紙に記載でも可です。（別添の参考書式をご参照ください）					
車椅子の処方効果、主な使用目的					
その他					
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		

※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。

様式2-2(2)

車椅子処方箋

氏名		生年月日		昭和・平成 令和		年 月 日 () 歳	
住所				TEL			
医学的 所見	疾患名	身長	cm /	kg	職業 (具体的に)		
	障害名	移乗能力	自立・半介助・介助		主な使用場所	屋内 屋外 屋内外	
基本価格		1. 標準 2. 頭頸部		本体	自走用・介助用	種目名称別コード	
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 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		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 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. キャリパーブレーキ 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 2. ノーパンク	キャスタ 1. ソリッド 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以上 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) 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】							
☐ 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			
☐ 座板		a. クッション一体型					
☐ 背クッション		a. 滑り止め加工					
☐ ヒールループ 左・右		☐ 酸素ボンベ固定装置					
☐ アンクルストラップ 左・右		☐ 栄養バック取付用ガードル架					
☐ ステップカバー 左・右		☐ 点滴ポール					
☐ テーブル		☐ 日よけ					
☐ テーブル取付部品		☐ 雨よけ					
☐ 転倒防止装置(パイプ)		☐ 泥よけ					
☐ 転倒防止装置(キャスタ付き)		☐ スポークカバー					
☐ 呼吸器搭載台		☐ リフレクタ 個					
☐ 痰吸引器搭載台		☐ 高さ調整手押しハンドル 左・右					
☐ 携帯会話補助装置搭載台		☐ 滑り止めハンドリム					
☐ 車載用固定部品 個		☐ ノブ付きハンドリム					
☐ 杖たて(一本杖) 左・右		☐ a. 水平ノブ					
☐ 杖たて(多点つえ) 左・右		☐ b. 垂直ノブ					
【付属品】姿勢保持装置製作要素							
【完成用部品】							
種目名称別コード				メーカー名			
				製品名			
適合判定	年 月 日			処方 年 月 日			

(参考書式) 例示 様式2-2 補装具費支給・修理意見書(車椅子用)関係

車椅子の名称(型式)の選定理由

装備品の品目及びその必要理由

※ 種目が車椅子の場合及び姿勢保持装置で構造フレームに車椅子を用いる場合に作成します。

氏 名	
名称(型式)の 選定理由	

装備品の品目及びその必要理由(処方例の多い品目を例示しています。例示以外の品目は、その下に記載してください。欄が不足する場合は、2枚目に記載してください。)

[illegible]

補装具費支給意見書（眼鏡等用）

氏 名		生年月日		年	月	日（ ）	歳
住 所							
障 害 名		種 級 (視覚障害の等級)					
障 害 の 原 因 と な る 傷 病 の 経 過 、 現 症							
右 視 力 = 裸眼 矯正 (× D Cyl D Ax °)							
左 視 力 = 裸眼 矯正 (× D Cyl D Ax °)							
羞明の有無 ☐ 有 ☐ 無							
必 要 な 補 装 具 名		☐ 矯正眼鏡 ☐ 遮光眼鏡 (☐ 前掛け式 ☐ 掛けめがね式) ☐ コンタクトレンズ ☐ 弱視眼鏡 (☐ 掛けめがね式 ☐ 焦点調整式) ☐ 普通義眼 (既成品) ☐ 特殊義眼 (調整・特殊加工したもの) ☐ コンタクト義眼					

矯正眼鏡 (乱視矯正 ☐右 ☐左 ☐両 ☐無)

遮光眼鏡 (製品名/カラー処方)

		矯正視力	Sph	Cyl	AX
遠	右				
用	左				
近	右				
用	左				

弱視眼鏡 (☐右 ☐左 ☐両)

(☐掛けめがね式 ☐焦点調整式 (単眼鏡・拡大鏡))

遠用	☐ 3 倍率未満 ☐ 3 倍率以上 (倍率)
近用	☐ 3 倍率未満 ☐ 3 倍率以上 (倍率)

※ 高倍率の場合は就学、就業上の理由を明確にすること。

コンタクトレンズ

	矯正視力	Base Curve	Power	Size
右				
左				

義眼

右 眼	左 眼	両 眼
-----	-----	-----

【主 た る 目 的】 ☐視力矯正 ☐羞明感改善 (遮光眼鏡 ※要カラーの処方)
☐その他 ()

【使用効果・必要性】

上記のとおり診断する。	
年 月 日	医 療 機 関 名 所 在 地 指定医師氏名

※身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づき指定された医師が記入すること。
※該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

裏面の【記入上の留意事項】をお読みください。

【記入上の留意事項】

●次に掲げる要件に該当する医師が記入すること。

- ①身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医師
- ②指定自立支援医療機関の医師
- ③国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具費関係の適合判定医師研修会を修了している医師
- ④（難病患者等に限り）難病法第6条第1項に基づく指定医等

●該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。

●補聴器の対象者

◇高度難聴用

両耳とも聴力レベルが原則90dB未満の者

語音明瞭度50%以下で手帳取得の場合は意見書に語音明瞭度の記載が必要

◇重度難聴用

両耳とも聴力レベルが原則90dB以上の者

◇骨導式

伝音性難聴者で、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

◇耳あな型

- ・ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が身体上、職業上使用できない等、真に必要な者が対象

（例示）

【身体上の理由】

- ・耳介変形のため、耳かけ型を耳に掛けることができない。

【職業上の理由】

- ・建築現場の作業等で常時ヘルメットを使用しなくてはならず、耳かけ型ではハウリングが常におきてしまう。
- ・調理師で、常に油煙・湯気のある場所で働いており、耳かけ型では防水カバーをつける等の対策をたてても故障が多い 等
- ・耳あな型オーダーメイドは、障害の状況・耳の形状等によりレディメイドでは対応不可能な者

●「医学的所見」欄について

申請する補聴器の目的、効果見込みについて具体的に記載すること。

●両耳装用処方が必要な場合はその理由および具体的な効果について記入すること。

（補装具費支給対象となる補聴器は原則1種目1個です。両耳装用により2台必要な場合は複数交付と考えるので、教育上・職業上等の理由およびその効果について示すこと。）

●特例補装具（FM補聴器、ベビークロス型補聴器等）が必要な場合は、様式4：特例補装具支給理由書も提出すること。

●イヤモールドの必要の要・不要は必ず記入すること。

耳鼻科（補聴器）申請者への状況確認票（児童、成人）

[illegible]

(参考様式)

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による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。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

診療担当科 _____

作成医師名 _____ 印

記

【対象者】

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処理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。

様式3

電 動 車 椅 子 支 給 調 査 書

本 人	ふりがな 氏 名				年 月 日 生	
	住 所					
	手帳番号	県 号	等級		交付年月日	年 月 日
	障 害 名					
	施設入所	有・無 施設名				
家 庭 環 境	家 族 構 成				介 護 者 保 守 点 検 者	
生 活 状 況	職 業	職 業 有・無（自営・雇用・その他） 職 種 作 業 内 容（車椅子のまま、降りて） 職 場 自 宅・通 勤				
	日 常 生 活	介 護 の 程 度（必要なし・時々必要・常時必要） 車 椅 子 使 用（手押し型・普通型・オーダー）				
	そ の 他 の 参 考 事 項					
使 用 環 境	地 域 住居の種類 使用目的	商店街・住宅街・その他 自家・借家（公営・民間・病院） 施設 室内の日常生活・散歩、近所回り程度・通院、買物、諸用事、 会合出席、公共施設への往復・生業に必要 				

使用環境	住居の状況	室内の段差 有・無 (cm) 改良 可・否 出入口の段差 有・無 (cm) 改良 可・否 有・無 (cm) 改良 可・否
	道路の状況	段差 5 cm以上 (有・無) 坂道 (有・無) 路面 (舗装 未舗装) 路面の状況 (良・普通・不良) 踏切り (有・無) 交通量 (多い・普通・少ない)
	その他の 参考意見 (障害状況等)	
	判定方法	来所 訪問判定
	調査実施日	年 月 日 調査職員 市・町 氏名

＜電動車椅子でオーダーメイド方式を必要とする理由＞

オーダーメイド方式で作製する必要がある場合は、その理由の該当項目を○で囲み、内容を以下に記入してください。

1. 身体寸法 2. 身体状況 3. 特別な構造等 4. 環境要因 5. その他

1. 身体寸法（モジュール又はレディメイドで適合しない部位、寸法を記入してください。）

2. 身体状況（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入してください。）

(1) 感覚障害（下記に図示）： なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

(2) 運動障害（下記に図示）： 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他

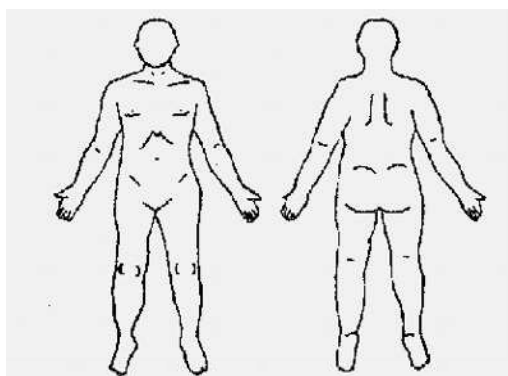
痙 性 の 部 位 お よ び 程 度
()

(3) 四肢欠損等、形態異常： なし・あり・(部位・程度))

(4) 変形： なし・脊柱・上肢・下肢・(部位・程度))

(5) 関節可動域制限：なし・あり・(部位・角度))

参考図示



身長 (cm)

座高 (cm)

体重 (kg)

変形 × 切離断  感覚障害  運動障害 

3. 特に必要とされる構造

4. 環境要因

5. その他の理由

6. オーダーメイドによる処方効果

備考

※モジュール式又はレディメイドの場合、このページは記載不要

3-2(2)

標準形電動車椅子処方箋

氏 名					生年 月 日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 () 歳		
住 所						TEL			
医学的 所 見	疾患名			身 長 体 重	cm / kg		職業 (具体的に)		
	障害名			移 乗 能 力	自立・半介助・介助		主な使用 場所	屋 内 屋 外 屋 内 外	
基本価格		1. 標準 2. 頭頸部		本体		1. 標準形(低速用) 2. 標準形(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			バッテリー		1. シールドバッテリー			
	2. 電動リクライニング機構					2. リチウムイオンバッテリー			
	3. 電動ティルト機構			操作ボックス		1. 標準型			
	4. 電動ティルト・リクライニング機構			操作レバー		1. 感度調整		a. ばね圧変更	
	5. 電動リフト機構			スイッチ		1. 標準型		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. スプリング式 3. 張り調整式		a. 奥行き調整構造		バック サポート	1. スプリング式(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 e. 背折れ構造	
グ フ サ ッ ポ ー ト レ ッ 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		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)		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 ー ボ ー ム	1. フレーム一体型_固定式 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】									
☐ パワーステアリング ☐ クライマーセット ☐ 手動スイングアーム ☐ 電動チンコントロール一式 ☐ 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 ☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引器搭載台 ☐ 携帯会話補助装置搭載台 ☐ 車載用固定部品 個 ☐ 杖たて(一本杖) 左・右 ☐ 杖たて(多点つえ) 左・右 ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養バ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 ☐ 高さ調整手押しハンドル 左・右			☐ 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 ☐ 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. 枕オーダーメイド変更 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					【特記事項】				
【完成用部品】									
種目名称別コード					メーカー名/製品名				
適 合 判 定	年 月 日				処 方	年 月 日			

※ 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。

※ 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。(様式は任意ですが、別添の参考書式をご参照ください。)

3-2(3)

簡易形電動車椅子処方箋

氏名					生年月日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 () 歳		
住所						TEL			
医学的 所見	疾患名				身長	cm /	kg	職業 (具体的に)	
	障害名				移動能力	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. 簡易形(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			バッテリー	1. リチウムイオンバッテリー 2. ニッケル水素バッテリー				
				操作ボックス	1. 標準型				
基本 構造	1. 後方大車輪(標準)		a. 幅止め構造	個	操作レバー	1. 感度調整		a. ばね圧変更	
					スイッチ	1. 標準型		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		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 e. 背折れ構造	
フット サポート レグ	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		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 ー ア ーム	1. フレーム一体型_固定式 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			
【付属品】									
☐ 手動スイングアーム ☐ 手動チンコントロール一式 ☐ 多様な力コントロール ☐ 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 ☐ 呼吸器搭載台 ☐ 痰吸引器搭載台 ☐ 携帯会話補助装置搭載台 ☐ 車載用固定部品 個 ☐ 杖たて(一本杖) 左・右 ☐ 杖たて(多点つえ) 左・右 ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養バック取付用ガートル架 ☐ 点滴ボール ☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 泥よけ ☐ スポークカバー ☐ リフレクタ 個 ☐ 高さ調整手押しハンドル 左・右 ☐ 滑り止めハンドリム			☐ 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 ☐ 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) 3. 枕(オーダーメイド) 4. 枕(レディメイド) a. 枕オーダーメイド変更			
【付属品】姿勢保持装置_製作要素									
【完成用部品】									
種目名称別コード					メーカー名/製品名				
適 合 判 定	年 月 日				処 方	年 月 日			

※ 処方する電動車椅子の構造により、「標準形電動車椅子処方箋」「簡易形電動車椅子処方箋」を適宜選択して記載してください。

※ 名称(型式)の選定理由及び装備品目ごとの必要理由を別紙に記載ください。(様式は任意ですが、別添の参考書式を参照ください。)

(参考書式) 例示 様式3-2 補装具費支給意見書(電動車椅子用)関係

電動車椅子の名称(型式)の選定理由

装備品の品目及びその必要理由

※ 種目が電動車椅子の場合及び姿勢保持装置で構造フレームに電動車椅子を用いる場合に作成します。

氏 名	
電動車椅子の名称 (型式)の選定理由	

装備品の品目及びその必要理由(充電器については記載不要)

(表附例の多い品目を例示しています。例示以外の品目は、その下に記載してください。欄が不足する場合は、2枚目に記載してください。)

[illegible]

電動車椅子操作能力等調査票

本人氏名				年 月 日 生
障害名	等級 種 級			
車椅子使用状況				
① 電動車椅子 有 (年頃～) 無 [自費購入 福祉法による交付 () から借用] ＊形 式 (普通型・手動兼用型・その他) ＊最近の福祉法による交付 (年 月)				
② 手動式車椅子 有 (年頃～) 無 [自費購入 福祉法による交付 () から借用] ＊形 式 (普通型・リクライニング式普通型・片手駆動型・スポーツ型・その他) ＊最近の福祉法による交付 (年 月)				
③ 介護用車椅子 有 無 [自費購入 福祉法による交付 () から借用] ＊最近の福祉法による交付 (年 月)				
電動車椅子の操作能力				
① 乗 降	自分で可	部分介助	全面介助	
② 基本操作				
ア 操作ノブなどの操作	できる	練習すれば可	できない	
イ スイッチ・速度切り替え	できる	練習すれば可	できない	
ウ 発進・停止	できる	練習すれば可	できない	
移動操作				
エ 速度調節	できる	練習すれば可	できない	
オ 直進走行	できる	練習すれば可	できない	
カ S字・クランク走行	できる	練習すれば可	できない	
キ 坂道走行	できる	練習すれば可	できない	
ク 溝・段差乗り越え走行	できる	練習すれば可	できない	
ケ 旋回	できる	練習すれば可	できない	
コ 非常時の対応	できる	練習すれば可	できない	
③ 交通法規の理解	十分理解できる	部分的に理解できる	できない	
④ 視力・聴力の障害	有 (状況	)	無	
手動式車椅子の操作能力【電動車椅子簡易型の場合のみ】				
・平坦路の操作…… 可 (m程度) 困難				
年 月 日				
調査者所属名				
調査者職・氏名				

＊操作能力の評価は15条指定医もしくはその指示の下に理学療法士において記載してください。

様式 4

特 例 補 装 具 支 給 理 由 書

障害者(児)氏名		補 装 具(名称・形式)	
障害者・ 児の 状況	(1) 身体の状況		
	(2) 日常生活(家庭生活・社会生活)状況		
補 装 具 ・ 特 例 補 装 具 の 相 違 点	(1) 基準補装具の特徴		(2) 基準補装具交付による支障
	(3) 特例補装具の特徴		(4) 特例補装具交付による効用
意 見			

作成者 所属・氏名

※身体障害者福祉法 15 条指定医師（又は、担当の理学療法士）により記入のこと。

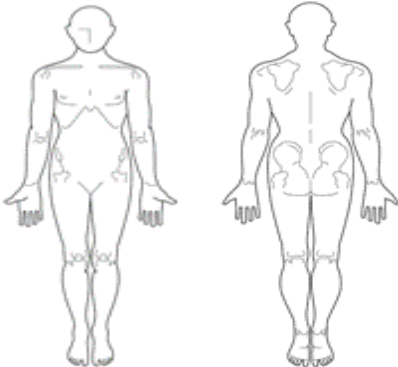
様式 5 重度障害者用意思伝達装置 意見書・処方箋

氏名		生年 月 日	年 月 日 () 歳
住所		手帳 等級	種 級
障害名	(身障手帳の「障害名」の欄の内容を記載してください。)		
医 学 的 所 見	① 現在までの経過、治療の内容・期間、その他参考となる事項 (傷病の発生年月日 年 月 日)		
	② 現症 (レントゲン・各種検査所見を含む) (検査日 年 月 日)		
	身長()cm、 体重()kg 、握力 右()kg・左()kg		
	③ 参考となる合併症		
	④ 現在の意思伝達の方法		
	⑤ 日常生活の活動制限の有無 (安静を要する場合はその程度)		
⑥ 総合所見 (重度障害者用意思伝達装置を必要とする医学的理由)			

重度障害者 用意思伝達装置 の処方	装置名称	機種名： ☐ 文字等走査入力方式 (付加機能) ☐ 簡易な環境制御機能 ☐ 高度な環境制御機能 ☐ 通信機能 (☐ 本体付属品：プリンタ) ☐ 生体現象方式	
	使用目的		
	操作源及び操作方法		
付属品の処方	☐ 固定台（アーム式・テーブル置き台） ☐ 入力装置固定具 ☐ 呼び鈴 ☐ 呼び鈴分岐装置 ☐ 接点式入力装置（スイッチ名：） ☐ 帯電式入力装置（スイッチ名：） ☐ 筋電式入力装置（スイッチ名：） ☐ 光電式入力装置（スイッチ名：） ☐ （呼気・吸気）式入力装置（スイッチ名：） ☐ 圧電素子式入力装置（スイッチ名：） ☐ 空気圧式入力装置（スイッチ名：） ☐ 視線検出式入力装置（スイッチ名：） ☐ 遠隔制御装置 ☐ その他： ()		
使用経験		☐ あり ☐ なし	
その他特記事項（使用上の留意事項、型式の希望等）			
上記のとおり意見、処方する。 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			

※ 重度障害者用意思伝達装置の処方及び付属品の欄は現時点で必要なもののみ✓をつけてください。
※ 視線検出式入力装置を選択する場合、呼び鈴分岐装置や他の入力装置と組み合わせて支給することは原則として認められません。
※ 状況により身体障害者更生相談所の事前調査を行います。

☐ 姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋
☐ 車載用姿勢保持装置支給 (修理) 意見書・処方箋

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・外傷発生年月日 年 月 日		疾病 ・ 先天性 ・ 交通 ・ 労災 その他の事故 ・ その他 ()	
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]()cm [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					
【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					

☐ 姿勢保持装置支給

(修理) 意見書・処方箋

☐ 車載用姿勢保持装置支給

(修理) 意見書・処方箋

氏 名				生年 月 日	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日 () 歳		
住 所						TEL		
医学的 所 見	疾患名		身 長 体 重	cm / kg		職業 (具体的に)		
	障害名		移 乗 能 力	自立・半介助・介助		主な使用 場所	屋内	屋外
基本価格	1. 頭・頸部	☐ 採寸 ☐ 採型			【付属品】			
	2. 上肢	☐ 採寸 ☐ 採型 (右・左)			カットアウト テーブル	☐ カットアウトテーブル		
	3. 体幹部	☐ 採寸 ☐ 採型				☐ クッション張り ☐ テーブル取付部品		
	4. 骨盤・大腿部	☐ 採寸 ☐ 採型						
	5. 下腿・足部	☐ 採寸 (右・左)			上肢保持 部品	☐ アームレスト (右・左) ☐ 肘パッド (右・左) ☐ 縦型グリップ (右・左) ☐ 横型グリップ (右・左)		
支持部	1. 頭・頸部	☐ 頭部支え						
	2. 上肢	☐ 上肢支え (右・左) ☐ 前腕・手部支え(右・左)						
	3. 体幹部	☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調整型			体幹保持 部品	☐ 頭頸部パッド ☐ 肩パッド(右・左) ☐ 胸パッド ☐ 胸受けロール		
	4. 骨盤・大腿部	☐ 平面形状型 ☐ モールド型 ☐ 張り調整型				☐ 体幹パッド (右・左)		
	5. 下腿部	☐ 下腿支え (右・左)				☐ 腰部パッド (右・左)		
	6. 足部	☐ 足台 (右・左)			骨盤保持 部品	☐ 骨盤パッド (右・左) ☐ 臀部パッド (右・左)		
	7. 加算要素	☐ フレックス構造						
支持部の 連結	1. 固定	☐ 頸部 ☐ 腰部 (右・左) ☐ 膝部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)			下腿保持 部品	☐ 内転防止パッド ☐ 外転防止パッド (右・左) ☐ 膝パッド (右・左) ☐ 下腿保持パッド (右・左) ☐ 足部保持パッド (右・左)		
	2. 遊動	☐ 腰部 (右・左) ☐ 膝部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)						
	3. 角度調整用部品	☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式						
構造 フレーム	使用材料	☐ 木材 ☐ 金属			ベルト部品	☐ 肩ベルト (右・左) ☐ 腕ベルト (右・左) ☐ 手首ベルト (右・左) ☐ 胸ベルト ☐ 骨盤ベルト ☐ 股ベルト ☐ 大腿ベルト(右・左) ☐ 膝ベルト(右・左) ☐ 下腿ベルト(右・左) ☐ 足首ベルト(右・左)		
	機構 加算	☐ 1. ティルト機構 ☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式 ☐ 2. 昇降機構 ☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式 ☐ 3. 車椅子機能 ☐ 機械式 ☐ ガス圧式 ☐ 電動式						
調節機構	1. 高さ調節	☐ 頭部支持部 ☐ 体幹支持部 ☐ 骨盤・大腿支持部 ☐ 足部支持部(右・左) ☐ アームサポート(右・左)			支持部 カバー	☐ 頭部 ☐ 上肢(右・左) ☐ 体幹部 平面形状型 ☐ 体幹部 モールド型 ☐ 体幹部 張り調整型 ☐ 骨盤・大腿部 平面形状型 ☐ 骨盤・大腿部 モールド型 ☐ 骨盤・大腿部 張り調整型 ☐ 下腿部 (右・左) ☐ 足部 (右・左)		
	2. 前後調節	☐ 頭部支持部 ☐ 骨盤・大腿支持部 ☐ 足部支持部(右・左)						
	3. 角度調節	☐ 頭部支持部 ☐ テーブル						
	4. 脱着機能	☐ 体幹パッド(右・左) ☐ 骨盤パッド(右・左) ☐ 膝パッド(右・左) ☐ アームサポート(右・左) ☐ 内転防止パッド						
	5. 開閉機構	☐ アームサポート(右・左) ☐ 足部支持部(右・左)			内張り	☐ アームレスト (右・左) ☐ テーブル		
					体圧分散 補助素材	☐ 頭部 ☐ 上肢(右・左) ☐ 体幹部 ☐ 骨盤・大腿部 ☐ 下腿部(右・左) ☐ 足部(右・左)		
					キャスタ	☐ 標準 ☐ 多機能		
					その他	☐ 介助用グリップ(右・左) ☐ ストッパー ☐ 高さ調整用台座		

【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)			
処 方	年 月 日	仮合せ	年 月 日 良・不良
採 型	年 月 日	適 合 判 定	年 月 日

☐ 姿勢保持装置支給

(修理)

意見書・処方箋

☐ 車載用姿勢保持装置支給

(修理)

意見書・処方箋

完成見込図

【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 車載用姿勢保持装置（令和6年度まで座位保持椅子（障害児用カーシート）といわれていたもの）にあつては、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（金属等）及び加算要素（上肢支え等）を特記事項欄に記入すること。
ただし、障害の状況等のため、標準的な車載用姿勢保持装置ではなく姿勢保持装置の部品構成により処方する必要がある場合は、特例補装具となるため「特例補装具支給理由書」を添付すること。