

補装具費支給意見書・処方箋（姿勢保持装置）

第4号様式

氏名			生年月日	T H	S R	年	月	日	歳
住所			職業 学校名（学年）						
障害名			原因 傷病名	（疾病・外傷発生年月日： 年 月 日） ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する・ ☐ しない）					
(身長 cm 体重 kg) (級)									
1. 申請する補装具の名称			・姿勢保持装置 ・立位保持装置（児童のみ）						
2. 障害・疾患等の状況（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。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、その他の所見に記載してください。）									
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（ ）								
感覚障害	・なし ・感覚脱失 ・感覚鈍麻 ・感覚過敏 ・その他								
体幹機能	(体幹の可動性、筋力、変形、支持性等の状態を記入すること)								
	座位保持	・不可 ・背部支持があると可（ 時間・分） ・自力にて可（ 時間・分）							
	立位保持	・不可 ・支持があると可（ 時間・分） ・自力にて可（ 時間・分）							
	立ち上がり	・不可 ・介助があると可（ 時間・分） ・自力にて可（ 時間・分）							
上肢機能	(関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること)								
下肢機能	(関節の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること)								
歩行能力	・不可 ・伝い歩き ・杖・装具等を装用して（ ）m ・歩行可（ ）m程度								
車椅子の操作	操作	・自立 ・半自立 ・不可			移乗	・自立 ・半自立 ・不可			
褥瘡の状態	・あり ・既往あり ・なし								
その他の所見									
3. 申請する補装具の目的、効果見込み等									
生活状況	・在宅 ・施設入所中（施設名 ） ・施設又は作業所等に通所中（施設名等 ） ・その他（ ）								
使用場所	・自宅 ・学校 ・職場 ・施設 ・その他（ ）								
効果見込み (再作製の理由含)									
4. 現在、所持している補装具（ なし ・ あり ）									
補装具名称と 使用状況	※耐用年数（姿勢保持装置3年、構造フレームに車椅子及び電動車椅子の機能付加6年）								

