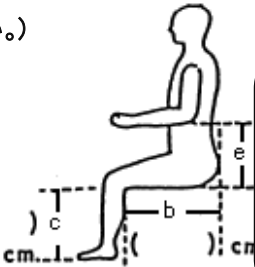
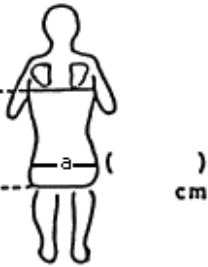


作 成 事 例

【事例 1 一部不適切な例】

補装具費支給意見書（車椅子用）			
氏 名	〇〇 〇〇〇	生年月日	S XX 年 XX 月 XX 日（6X 歳）
住 所	△△区 △△町 1 丁目 2-3		
疾 患 名	脳出血	発症年月日	H XX 年 X 月 X 日
障 害 名	右上肢機能障害（3 級）体幹機能障害（1 級）	身体障害者手帳 1 種 1 級	
障害の状況	（病歴、全身所見、合併症、筋力など） ADL：自立・ <u>一部介助</u> ・全介助 平成 XX 年 X 月 X 日自宅にて発症。〇〇病院にて入院加療。右上下肢の麻痺残存。 立位歩行は不可能。円背あり、座位の安定性も低下。		
日常生活活動の様子 ※手押し型 A・B または普通型車椅子の座位とします。			
車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	<u>要背もたれ</u>	要シートベルト 座位不可能
車椅子の座位耐久時間	6 時間以上	3～6 時間	<u>30 分～3 時間</u> 30 分以内
車椅子の一日の乗車時間	6 時間以上	<u>3～6 時間</u>	30 分～3 時間 30 分以内
車椅子操作方法	両手 両足	両手両足	片手 片足 <u>片手片足</u> 介助
車椅子走行（屋内）	可能（ m）	要監視	<u>不可能</u>
車椅子走行（屋外）	可能（ m）	要監視	<u>不可能</u>
座りなおし・除圧	可能	プッシュアップ等により除圧可能	<u>不可能</u>
体幹の変形・傾き	無・ <u>有</u> （側彎・円背又は後彎・前彎）	<u>側方</u> ・前方・後方）に傾く	
感覚障害	無・ <u>有</u> （ <u>軽度</u> ・鈍麻・脱失）	部位（ <u>上肢</u> ・ <u>下肢</u> ）	操作方法と走行の状況が矛盾しないように、記入をお願いします。
痛み	<u>無</u> ・有	部位（腰部・背部・臀部・上肢・下肢）	
褥 瘡	<u>無</u> ・有（部位）	既往有（部位） 発赤有	
起立性低血圧等	<u>無</u> ・有（起立性低血圧・てんかん発作	回／日	
乗り移り	自立	要手すり	一部介助 <u>全介助</u>
立位・歩行（装具 <u>有</u> ・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能 <u>不可能</u>
杖の使用	<u>無</u> ・有（T 杖・ロフトランド杖・松葉杖・その他の杖）	左・右	
高次脳機能障害等	無・疑い・ <u>有</u> （認知症・半側空間失認等・ <u>その他</u> ）	（失語症）	
知的障害	<u>無</u> ・有（愛の手帳 度）		
○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。） 身長（ 1 7 2 cm） 座高（ 7 2 cm） 体重（ 6 7 kg） ○握力（右 0 kg・左 1 6 kg） ※握力低下のある場合に記入してください。  オーダーメイドの必要性の判断材料となります。身体寸法は、必ずご記入ください。 			
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) 運動障害：弛緩性麻痺・<u>痙性麻痺</u>・拘縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他 (2) 四肢欠損・変形等、形態異常：なし・上肢・下肢 （部位・程度） (3) 関節可動域制限：なし・上肢・<u>下肢</u> （部位・角度 膝関節の伸展制限あり）			

車椅子マスターカード

車椅子の名称	レディメイド・オーダーメイド (該当するものに○をつけてください)		レディメイドまたはオーダーメイドに、必ず○をつけてください。
	普通型 手動リフト式普通型 リクライニング式 (普通型・手押し型・前方大車輪型・片手駆動型) ティルト式 (普通型・手押し型) リクライニング・ティルト式 (普通型・手押し型) 手押し型 (A・B) 前方大車輪型 片手駆動型 レバー駆動型		
基準付属品 (必要な付属品にチェックをしてください)	☒ 延長バックサポート (除: 枕) ☒ 枕 (オーダーメイド) ☐ 枕 (レディメイド) ☐ ヘッドサポートベース (マルチタイプ) ☐ 高さ角度調整式アームサポート ☒ 高さ調整式アームサポート ☐ 角度調整式アームサポート ☐ 跳ね上げ式アームサポート ☐ 脱着式アームサポート ☒ アームサポート拡張部品 ☒ アームサポート延長部品 ☐ 脱着式レッグサポート ☐ 挙上式レッグサポート (パッド形状) ☐ 開閉挙上式レッグサポート (パッド形状) ☐ 開閉・脱着式レッグサポート ☐ フットサポート 角度調整 ☐ フットサポート 左右調整 ☐ フットサポート 前後調整 * ☐ 座張り調整部品 * ☐ 座奥行き調整 (スライド式) 部品 * ☒ 張り調整式バックサポート * ☐ 高さ調整式バックサポート * ☐ 車軸位置調整部品 * ☐ 大車輪脱着ハブ * ☐ 背座間角度調整部品 ☐ 幅止め (本) ☐ 高さ調整式手押しハンドル ☒ シートベルト (2本) ☐ 滑り止めハンドリム ☐ ノブ付きハンドリム ☐ 6輪構造部品 ☒ 屋外用キャスター (エアー式等) × 2 *は成長対応型部品に含まれる付属品		☐ ノーパンクタイヤ ☐ 座板 ☒ 背折れ機構部品 ☐ クッション (個) ☒ クッション: ポリエステル繊維・ウレタンフォーム等の多層構造のもの ☐ クッション: 立体編物構造のもの ☐ クッション: ゲルとウレタンフォームの組合せ ☐ クッション: バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの ☐ クッション: 特殊な空気室構造のもの ☐ フローテーションパッド (三重構造加算) ☐ 背クッション ☐ 特殊形状クッション ☐ クッションカバー (防水加工を施したもの) ☐ クッション滑り止め部品 ☐ ガスダンパー ☒ キャリパーブレーキ × 2 ☐ フットブレーキ (介助者用) × 2 ☐ 延長用ブレーキアーム (右・左) ☐ リフレクタ (反射器-夜光材) ☐ テーブル ☐ スポークカバー (右・左) ☐ ステッキホルダー (杖たて) ☐ 泥よけ (右・左) ☐ 転倒防止装置 × 2 ☒ 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) × 2 ☐ 携帯用会話補助装置搭載台 ☐ 痰吸引器搭載台 ☐ 人工呼吸器搭載台 ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養パック取り付け用ガートル架 ☐ 点滴ポール ☐ 車載時固定用フック (個) ☐ 日よけ (雨よけ) 部品 ☐ 座位保持装置完成用部品: 支持部骨盤大腿部
			部品名 ()
車椅子の処方効果、主な使用目的			
オーダーメイド方式を必要とする理由 (1) 身体寸法 (2) 身体状況 (レディメイドで適合しない部位: (3) 特別な構造等 (下記空欄にご記入してください) () (4) 環境要因 (下記空欄にご記入してください) () (5) その他 ()			

空欄ではオーダーメイドの必要性が判断できないため、必ずご記入ください。

病院名を必ずご記載ください。

令和 X 年 XX 月 XX 日 病院・保健所名
 診療科
 医師名

△△△ △△

意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医師、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

R3.4

【事例2 適切な例】

補装具費支給意見書（車椅子用）

氏 名	〇〇 〇〇	生年月日	H XX年 XX月 XX日（ 2X歳）
住 所	△△区 △△町 1丁目1-1		
疾 患 名	二分脊椎	発症年月日	H XX年 XX月 XX日
障 害 名	両下肢機能障害	身体障害者手帳1種1級	
障害の状況	（病歴、全身所見、合併症、筋力など） ADL：自立・ 一部介助 ・全介助 水頭症を合併し、シャント術施行。両下肢麻痺、軽度側彎、知覚麻痺、膀胱直腸障害あり。両側SLB装用。		

日常生活活動の様子

※手押し型A・Bまたは普通型車椅子の座位とします。

車椅子の座位保持の様子※	背もたれ不要	<u>要背もたれ</u>	要シートベルト	座位不可能
車椅子の座位耐久時間	6時間以上	3～6時間	<u>30分～3時間</u>	30分以内
車椅子の一日の乗車時間	<u>6時間以上</u>	3～6時間	30分～3時間	30分以内
車椅子操作方法	<u>両手</u>	両足	両手両足	片手 片足
車椅子走行（屋内）	<u>可能</u> （ m）	要監視		不可
車椅子走行（屋外）	可能（ m）	<u>要監視</u>		不可
座りなおし・除圧	可能	<u>プッシュアップ等により除圧可能</u>		不可能
体幹の変形・傾き	無・ <u>有</u> （ <u>側彎</u> 、円背又は後彎・前彎）	（側方・前方・後方）に傾く		
感覚障害	無・ <u>有</u> （軽度・鈍麻・ <u>脱失</u> ）	部位（ <u>上肢</u> ・ <u>下肢</u> ・体幹）		
痛み	無・ <u>有</u> 部位（ <u>腰部</u> 、背部・臀部・上肢・下肢）			
褥 瘡	無・有（部位 ）	<u>既往有</u> （部位 ）		両坐骨部 発赤有（部位 ）
起立性低血圧等	<u>無</u> ・有（起立性低血圧・てんかん発作 回／日・週・月）			
乗り移り	自立	<u>要手すり</u>	一部介助	全介助
立位・歩行（装具 <u>有</u> ・無）	屋外歩行可能	屋内歩行可能	立位保持可能	<u>不可能</u>
杖の使用	<u>無</u> ・有（T杖・ロフトランド杖・松葉杖・その他の杖）	左・右		
高次脳機能障害等	<u>無</u> ・疑い・有（認知症・半側空間失認等・その他）			
知的障害	<u>無</u> ・有（愛の手帳 度）			

操作方法と走行の状況と車椅子の名称（型式）に矛盾がありません。

○身体寸法（測定寸法を必ず記入してください。）

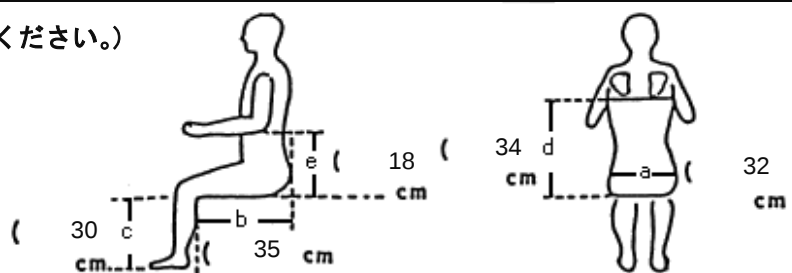
身長（ 132 cm）

座高（ 70 cm）

体重（ 40 kg）

○握力（右 14kg・左 12kg）

※握力低下のある場合に記入してください。



身体寸法等の記載があります。

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) 運動障害：弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・振戦・運動失調・その他

(2) 四肢欠損・変形等、形態異常：なし・上肢・下肢

（部位・程度）

(3) 関節可動域制限：なし・上肢・下肢

（部位・角度 足関節の背屈制限あり）

車椅子マスターカード		
車椅子の名称	レディメイド・オーダーメイド (該当するものに○をつけてください。)	
	普通型 手動リフト式普通型 リクライニング式 (普通型・手押し型・前方大車輪型・片手駆動型) ティルト式 (普通型・手押し型) リクライニング・ティルト式 (普通型・手押し型) 手押し型 (A・B) 前方大車輪型 片手駆動型 レバー駆動型 車椅子の名称(型式)及び製作方式の記入があります。	
基準付属品 (必要な付属品にチェックをしてください)	☐ 延長バックサポート (除: 枕) ☐ 枕 (オーダーメイド) ☐ 枕 (レディメイド) ☐ ヘッドサポートベース (マルチタイプ) ☐ 高さ角度調整式アームサポート ☐ 高さ調整式アームサポート ☐ 角度調整式アームサポート ☐ 跳ね上げ式アームサポート ☒ 脱着式アームサポート ☐ アームサポート拡張部品 ☐ アームサポート延長部品 ☐ 脱着式レッグサポート ☐ 挙上式レッグサポート (パッド形状) ☐ 開閉挙上式レッグサポート (パッド形状) ☒ 開閉・脱着式レッグサポート ☐ フットサポート 角度調整 ☐ フットサポート 左右調整 ☐ フットサポート 前後調整 * ☐ 座張り調整部品 * ☐ 座奥行き調整 (スライド式) 部品 * ☐ 張り調整式バックサポート * ☐ 高さ調整式バックサポート * ☐ 車軸位置調整部品 * ☐ 大車輪脱着ハブ * ☐ 背座間角度調整部品 ☐ 幅止め (本) ☐ 高さ調整式手押しハンドル ☐ シートベルト (本) ☐ 滑り止めハンドリム ☐ ノブ付きハンドリム ☐ 6輪構造部品 ☐ 屋外用キャスター (エアー式等) × 2 *は成長対応型部品に含まれる付属品	☐ ノーパンクタイヤ ☐ 座板 ☒ 背折れ機構部品 ☐ クッション (個) ☐ クッション: ポリエステル繊維・ウレタンフォーム等の多層構造のもの ☐ クッション: 立体編物構造のもの ☐ クッション: ゲルとウレタンフォームの組合せ ☐ クッション: バルブを開閉するだけで空気量を調整するもの ☒ クッション: 特殊な空気室構造のもの ☐ フローテーションパッド (三重構造加算) ☐ 背クッション ☐ 特殊形状クッション ☐ クッションカバー (防水加工を施したもの) ☐ クッション滑り止め部品 ☐ ガスダンパー ☒ キャリパーブレーキ × 2 ☐ フットブレーキ (介助者用) × 2 ☐ 延長用ブレーキアーム (右・左) ☐ リフレクタ (反射器-夜光材) ☐ テーブル ☐ スポークカバー (右・左) ☐ ステッキホルダー (杖たて) ☐ 泥よけ (右・左) ☐ 転倒防止装置 × 2 ☐ 転倒防止装置 (キャスター付き折りたたみ式) × 2 ☐ 携帯用会話補助装置搭載台 ☐ 痰吸引器搭載台 ☐ 人工呼吸器搭載台 ☐ 酸素ボンベ固定装置 ☐ 栄養パック取り付け用ガートル架 ☐ 点滴ポール ☐ 車載時固定用フック (個) ☐ 日よけ (雨よけ) 部品 ☐ 座位保持装置完成用部品: 支持部骨盤大腿部 必要な付属品の記入があります。
	部品名 ()	
車椅子の処方効果、主な使用目的		
オーダーメイド方式を必要とする理由 (1) 身体寸法 (2) 身体状況 (レディメイドで適合しない部位:) (3) 特別な構造等 (下記空欄にご記入してください。) (4) 環境要因 (下記空欄にご記入してください。) (5) その他 () オーダーメイドの必要性の記入があります。		
令和 X 年 XX 月 XX 日 病院・保健所名 診療科 医師名 〇〇〇病院 整形外科 △△△ △△ 病院名、診療科、医師名の記載があります。		

意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医師、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

R3.4

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)		
氏 名	〇〇〇 〇〇〇	S XX年 XX月 XX日生(6X歳)
住 所	△△区 △△町 2丁目1-1	
障害名	多系統萎縮症による上肢機能障害(2級)下肢機能障害(1級) 身体障害者手帳 1種 1級	
病 名	多系統萎縮症	
身 体 状 況 ・ 障 害 状 況	1 経過及び現症(画像診断等を含む) 平成2X年頃より、下肢失調症状出現。平成2X+1年、XX病院で多系統萎縮症の診断。 四肢筋強剛、不随意運動あり。 重度障害者用意思伝達装置がないとコミュニケーションをとれない障害状況となられた経過についての記入をお願いします。 2 障害の総合所見 四肢体幹機能障害あり。 重度障害者用意思伝達装置がないとコミュニケーションをとれない障害状況及び進行性疾患の場合には進行状況についても記入をお願いします。 MMT (右上肢: 2 右手指: 2 左上肢: 3 左手指: 3) (右下肢: 1~2 左下肢: 1~2 頭頸部: 2 体 幹: 2) ROM制限 無・有 (部位・程度:) 欠損など形態異常 無・有 (部位・程度:) 運動失調 無・有 (部位・程度:) 不随意運動等 無・有 (部位・程度:) 感覚障害 無・有 (部位・程度:) 上肢能力 (食事動作: 可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能) 下肢能力 (起立: 可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能) (歩行: 可能 ・ 介助にて可能 不可能) 座位能力 (可能 ・ 背もたれで可能 ・ 支持装置で可能 ・ 不可能) 3 失 語 無・有 (種類: 程度:) 4 構音障害 無・有 (程度:) 5 視覚障害 無・有 (程度:) 6 聴覚障害 無・有 (程度:) 7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時・ 時間/日・夜間のみ) 使用開始(年 月 日より) 機種() 8 気管切開 無・有 (年 月 日より) 9 知的障害等 無・有 (程度: 愛の手帳 度)	

意思伝達能力の状況	1 口頭での意思疎通 (可能・僅かに可能・不可能) 2 口頭以外での意思疎通 方法: 手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤 程度: 可能・僅かに可能・不可能 3 機器※の操作能力 ※機器の例 キーボードやマウス・トラックボール・携帯用会話補助装置等 (意思伝達装置を除く) 程度: 上肢 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器() 下肢 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器() 頭部、呼吸等 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器()
意思伝達装置の使用状況	1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め 2 装置の使用期間 (年 月 日から・未使用) 試用期間(年 月 日～ 年 月 日) 3 使用頻度 (1日当たり 時間使用、週に 日間 試用した時の状況を詳しく記入してください。) 4 使用機種 ①ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:) 5 操作能力 本人 (独力で可能・一部介助・不可能) 連続使用時間(1回当たり 時間 分) 介護者 (独力で可能・一部介助・不可能) 6 操作部位: 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他() 7 使用場所 ①自宅 ②施設 / 病院(施設名:)
処方内容・使用効果	1 処方機種 ①ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:) 2 付属品 スイッチ() センサー() その他 () 3 操作部位: 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他() 4 使用効果 ①意思伝達が可能となる ②その他()
申請の意向等	購入 借受けの意向 有 無・借受け・修理 借受け理由: 障害の進行・成長・購入前の試用 借受け期間: カ月 (最大12カ月) 事業者名:
令和 X 年 XX 月 XX 日 病院・保健所名 ○○○病院 診療科 神経内科 医師名 ○○○ ○○○	

意見書は、身体障害者福祉法第15条1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

補装具費支給意見書(重度障害者用意思伝達装置用)			
氏 名	〇〇〇 〇〇		S XX 年 XX 月 XX 日生(4X 歳)
住 所	△△区 △△町 1丁目1-1		
障害名	筋萎縮性側索硬化症による四肢体幹機能障害(1級) 音声・言語機能障害(3級) 身体障害者手帳 1種 1級		
病 名	筋萎縮性側索硬化症		
身 体 状 況 ・ 障 害 状 況	1 経過及び現症(画像診断等を含む) H28年頃 両下肢筋力低下にて発症 H29. 5 上肢挙上困難。〇〇病院入院。上記診断される。 H31. 2 嚥下障害のため、当院にて胃瘻造設。 R2. 2 呼吸不全のため、当院再入院。気管切開施行。人工呼吸器装着。		
	2 障害の総合所見 両上下肢近位筋は、随意運動認めず。 手指・足指は、わずかな動きを認める。 座位不能。気管切開、人工呼吸器使用あり、発声は不可能。		
	MMT (右上肢: 0 右手指: 1~2 左上肢: 0 左手指: 1~2) (右下肢: 0 左下肢: 0 頭頸部: 1 体 幹: 0)		
	ROM制限 無・有 (部位・程度:)		
	欠損など形態異常 無・有 (部位・程度:)		
	運動失調 無・有 (部位・程度:)		
	不随意運動等 無・有 (部位・程度:)		
	感覚障害 無・有 (部位・程度:)		
	上肢能力 (食事動作: 可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能)		
	下肢能力 (起立: 可能 ・ 介助にて可能 ・ 不可能) (歩行: 可能 ・ 介助にて可能 不可能)		
座位能力 (可能 ・ 背もたれで可能 ・ 支持装置で可能 ・ 不可能)			
3 失 語 無・有 (種類: 程度:)			
4 構音障害 無・有 (程度:)			
5 視覚障害 無・有 (程度:)			
6 聴覚障害 無・有 (程度:)			
7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時) 時間/日・夜間のみ) 使用開始(H20 年 2 月 9 日より) 機種(△△△△)			
8 気管切開 無・有 (H20 年 2 月 9 日より)			
9 知的障害等 無・有 (程度: 愛の手帳 度)			

重度障害者用意思伝達装置がないとコミュニケーションをとれない障害状況となられた経過及び現在の障害状況についての記載があります。

意思伝達能力の状況	1 口頭での意思疎通 (可能・僅かに可能・不可能) 2 口頭以外での意思疎通 方法: 手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤 程度: 可能・僅かに可能・不可能 3 機器※の操作能力 ※機器の例 キーボードやマウス・トラックボール・携帯用会話補助装置等 (意思伝達装置を除く) 程度: 上肢 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器() 下肢 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器() 頭部、呼吸等 (可能・僅かに可能・不可能) 使用機器()
意思伝達装置の使用状況	1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め 2 装置の使用期間 (●年 ●月●●日から・未使用) 試用期間(年 月 日～ 年 月 日) 3 使用頻度 (1日当たり 3～4時間使用、週に 7日間使用) 4 使用機種 ①ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名: ○○○○) ②生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:) 5 操作能力 本人 (独力で可能・一部介助・不可能) 連続使用時間(1回当たり 時間 分) 介護者 (独力で可能・一部介助・不可能) 6 操作部位: 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他() 7 使用場所 ①自宅 ②施設 / 病院(施設名:)
処方内容・使用効果	1 処方機種 ①ソフトウェアが組み込まれた専用機器(製品名: ○○○○) ②生体現象(脳血液量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:) 2 付属品 スイッチ(圧電素子式入力装置) センサー() その他 (自立スタンド式固定台、呼び鈴、呼び鈴分岐装置) 3 操作部位: 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他() 4 使用効果 ①意思伝達が可能となる ②その他()
申請の意向等	購入(借受けの意向 有・無)・借受け・修理 借受け理由: 障害の進行・成長・購入前の試用 借受け期間: カ月 (最大12ヵ月) 事業者名:
令和 X 年 XX 月 XX 日 病院・保健所名 ○○○病院 診療科 神経内科 医師名 ○○○ ○○	

表面の身体状況・障害状況の記載と意思疎通及び操作方法に矛盾がない記載となっています。

装置の使用状況について記載があります。

スイッチの種類や操作部位についての記入があります。

病院名、診療科、医師名の記載があります。

意見書は、身体障害者福祉法第15条1項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第59条第1項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。

ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第6条第1項に規定する指定医(難病指定医及び協力難病指定医)による作成も可能。

【事例 5 一部不適切な例】

補装具費支給意見書（肢体不自由）（車椅子を除く）			
補装具の名称		両短下肢装具	
氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所			
疾患名	脳性麻痺		発症日 1955 年 月 日
障害名	四 肢 体 幹 機 能 障 害		身体障害者手帳 1 種 1 級
来所困難な医学的理由	C 県にある病院に入院中であり、公共交通機関の利用など長時間の移動が困難である。		
障 害 の 状 況	（全身所見，合併症，筋力，関節可動域制限，歩行能力，断端の状況，ADL など） 四 肢 体 幹 の 筋 萎 縮 と 筋 力 低 下 を 認 め 、 起 立 歩 行 不 能 で あ る 。 障害状況の欄には、筋力と歩行能力だけでなく、関節可動域や麻痺の状態や ADL、装具を装着した時と外した場合の違いなどについて記載をお願いします。		
補 装 具 の 使用場所・目的等	車椅子並びに床上生活のため、尖足予防を目的とする。 目的は日常生活上の具体的事柄を記入してください。		
補装具の処方内容	短 下 肢 装 具 補装具の処方内容は、具体的な材質や構造を明記してください。		
処方効果	尖足の進行を予防できる。 処方効果は日常生活上の具体的な事柄についてご記入ください。		
申請の意向等	（購入・借受け・修理） ※借受けを選択する理由（障害の進行・成長・購入前の試用） ※借受け期間（ ヲ月）（最大 12 ヲ月まで）		
X 年 X X 月 X X 日 病院・保健所名 診療科 医師名 ● ● ● ● 病院名、診療科について、ご記入ください。			

※意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能。

R3.4

【事例6 適切な例】（事例5 意見書に加筆修正）

補装具費支給意見書（肢体不自由）（車椅子を除く）			
補装具の名称		両短下肢装具	
氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所			
疾患名	脳性麻痺		発症日 1955 年 月 日
障害名	四 肢 体 幹 機 能 障 害		身体障害者手帳 1 種 1 級
来所困難な医学的理由	C 県にある病院に入院中であり、公共交通機関の利用など長時間の移動が困難である。		
障害の状況	（全身所見，合併症，筋力，関節可動域制限，歩行能力，断端の状況，ADL など） 四 肢 体 幹 の 筋 萎 縮 と 筋 力 低 下 を 認 め 、 起 立 歩 行 不 能 で あ る 。 両膝関節の屈曲拘縮と両足関節の尖足があり、車椅子乗車時に足底をフットレストに接地することが困難で、安定した車椅子座位姿勢がとれず危険である。またフットレストに接地した足先部に疼痛を生ずる。また、移乗動作の介助立位時に足底接地が困難。 フットレストへの足の接地位置は座位姿勢により移動するため、フットレストの形状を工夫することで対処するのは困難であり、車椅子乗車時の安定したフットレスト接地を確保するためと、移乗動作の安定性確保のため、短下肢装具が必要である。		
補装具の使用場所・目的等	屋内・屋外ともに使用。 車椅子乗車時に装着し、移乗動作と座位姿勢の安定を図る。		
補装具の処方内容	短下肢装具 硬性支柱なし（SHB）		
処方効果	移乗動作の安定と車椅子乗車時間の延長が図れる。		
申請の意向等	（購入）・借受け・修理） ※借受けを選択する理由（障害の進行・成長・購入前の試用） ※借受け期間（ ヲ月）（最大 12 ヲ月まで）		
X 年 X X 月 X X 日 病院・保健所名 ○○病院 診療科 リハビリテーション科 医師名 ●● ●●			

※意見書は、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医、又は障害者総合支援法第 59 条第 1 項に基づく更生医療を主として担当する医師で、肢体不自由の指定を受けている医師が作成のこと。ただし、難病患者等の場合は、保健所の医師、難病法第 6 条第 1 項に規定する指定医（難病指定医及び協力難病指定医）による作成も可能。

R3.4