

補装具費支給要否意見書（座位保持装置）

氏名		男・女	生年月日	年 月 日（ 歳）			
疾患名			発症年月日	年 月 日			
障害名			身障手帳	種 級（ 年 月 日交付）			
障害状況・身体状況	(病歴、全身所見、合併症、筋力、変形、麻痺、緊張、脱臼、座位姿勢等の状況について具体的に 注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるように記載する。)						
	移動手段	1 自立 2 一部介助（ ） 3 全介助（ ） 使用している補装具等（ ）					
	車椅子等への移乗	1 自立 2 一部介助 3 全介助					
	車椅子の操作性	1 自力駆動可 2 辛うじて自力駆動可 3 自力駆動不可					
	車椅子の操作方法	1 片上下肢 2 両上肢 3 片上肢 4 片下肢 5 両下肢					
	摂食動作	1 自立 2 一部介助 3 全介助（ ）					
	座位保持	1 自力で可 2 背もたれ等があれば可 3 背もたれ等があっても不可					
	褥創	1 現在・過去ともに無 2 現在は治癒しているが過去に有 3 有					
	臀部の状況	1 異常無 2 やせており骨の突出有 3 皮膚の発赤、変色有 4 その他					
	知覚障害	1 無 ・有（知覚脱失・知覚鈍磨・知覚過敏・その他）					
	身長	cm	体重	kg	握力	右 kg・左 kg	
	必要な座位保持装置	支持部構造	1 平面形状型 2 モールド型（ ） 3 シート張り調整型 4 その他（ ）				
		フレーム構造	1 木材 2 金属 3 車椅子（ ） 4 完成用部品（ ）				
使用効果見込み	(生活上可能となる動作、改善される点などを具体的に) 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			
病院又は診療所名							
所在地							
診療担当科・作成医師氏名							