様式第７号

　　　　　補装具費支給（購入・修理）意見書　　　　　（座位保持装置用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | | | | 男･女　　　年　　月　　日生（　　歳） | | | | | | | |
| 住所 | | | | |  | | | | | 職業 |  | |
| 障 害 名 | | | | |  | | 原因となった疾病・外傷名 | | ※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない　） | | | |
| 医学的所見  （体幹の可動性、筋力、変形、支持性等座位の機能状態） | | | | | ※　難病患者等については、身体状況等の変動状況や日内変動等について記載すること。また、症状がより重度である状態についても記載すること。 | | | | | | | |
| 採型・採寸  区分及び部位 | | | | | 採型 (1頭・頸部　2上肢　3体幹部　4骨盤・大腿部)  採寸 （1頭・頸部　2上肢　3体幹部　4骨盤・大腿部　5下腿・足部） | | | | | | | |
| 支  持  部 | | 頭部 | | | 1頭部支え | | | | | | | |
| 上肢 | | | 1上肢支え　2前腕・手部支え | | | | | | | |
| 体幹部 | | | 1平面形状型　2モールド型　3シート張り調節型 | | | | | | | |
| 骨盤・大腿部 | | | 1平面形状型　2モールド型　3シート張り調節型 | | | | | | | |
| 下腿部 | | | 1下腿支え | | | | | | | |
| 足部 | | | 1足台 | | | | | | | |
| 支持部の連結 | | 固定 | | | 1頸部　　2腰部　　3膝部　　4足部 | | | | | | | |
| 遊動 | | | 1腰部　　2膝部　　3足部 | | | | | | | |
| 角度調整部品 | | | 1機械式　　2ガス圧式　　3電動式 | | | | | | | |
| 構造  フレーム | | | 使用材料 | | 1木材　　2金属 | | | | | | | |
| 付加機能 | | 1ティルト機構　　　2昇降機構 | | | | | | | |
| 付  属  品 | 1カットアウトテーブル | | | | | | | | | | | |
| 上肢保持部品 | | | | | 1アームレスト　2肘パット　3縦型グリップ　4横型グリップ | | | | | | |
| 体幹保持部品 | | | | | 1肩パッド　2胸パッド　3胸受けロール　4体幹パッド　5腰部パッド | | | | | | |
| 骨盤保持部品 | | | | | 1骨盤パッド　　2臀部パッド | | | | | | |
| 下肢保持部品 | | | | | 1内転防止パッド ２外転防止パッド ３膝パッド ４下腿保持パッド ５足部保持パッド | | | | | | |
| ベルト部品 | | | | | １肩ベルト　2腕ベルト　3手首ベルト　4胸ベルト　5骨盤ベルト  6股ベルト　7大腿ベルト　8膝ベルト　9下腿ベルト 10足首ベルト | | | | | | |
| 支持部カバー | | | | | 1頭部　2上肢 3体幹部　4骨盤・大腿部　5下腿部　6足部 | | | | | | |
| 内張り | | | | | 1アームレスト　　2テーブル | | | | | | |
| 体圧分散補助素材 | | | | | 1頭部　2上肢　3体幹部　4骨盤・大腿部　5下腿部　6足部 | | | | | | |
| その他 | | | | | 1テーブル 2キャスター 3介助用グリップ 4ストッパー 5高さ調整用台座 | | | | | | |
| 調  整  機  構 | 高さ調節 | | | | | １頭部支持部 2体幹支持部 3骨盤・大腿支持部 4足部支持部 5アームレスト | | | | | | |
| 前後調節 | | | | | 1頭部支持部　　2骨盤・大腿支持部　　3足部支持部 | | | | | | |
| 角度調節 | | | | | 1頭部支持部　　2テーブル | | | | | | |
| 脱着機構 | | | | | 1体幹パッド　2骨盤パッド　3膝パッド　4アームレスト　5内転防止パッド | | | | | | |
| 開閉機構 | | | | | 1アームレスト　2足部支持部 | | | | | | |
| 完成用部品等 | | | | | |  | | | | | | |
| 指示 | | | |  | | | | 種目名称別コード | | | |  |
| 使用効果見込み | | | | （注：構造フレーム等の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  　　　　　病院又は診療所の名称  　　　　　所　　在　　地  　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |