

補装具費支給要否意見書（姿勢保持装置）

氏名		生年月日	昭平	年月日生	歳	
住所						
障害名						
原因となった 疾病・外傷名				交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災		
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()		
障 害 の 状 況	運動障害	1 なし 2 弛緩性麻痺 3 痙性麻痺 4 固縮 5 不随意運動 6 振戦 7 運動失調 8 その他()				
	知覚障害	1 知覚脱失あり 2 知覚鈍麻あり 3 知覚過敏あり 4 なし				
	体幹機能	【体幹の可動性、筋力、変形、支持性等、座位の機能状態等を記入すること】				
		座位保持	1 不可 2 背部支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
		立位保持	1 不可 2 支持があると可(時間・分) 3 自力にて可(時間・分)			
		立ち上がる	1 不可 2 介助があると可 3 自力にて可			
	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】				
	歩行の状態					
	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】				
	車椅子の操作	1 自力にて可 2 辛うじて自力にて可 3 不可				
※ 自走可の場合 → 操作方法{ 両手 右手 左手 右足 左足 } { 室内のみ 室外も可 }						
車椅子への移乗		1 自力にて可 2 一部介助にて可 3 全介助				
褥瘡の有無	1 あり 2 現在はないが過去にできたことあり 3 過去・現在ともなし					
臀部の状態	1 異常なし 2 皮膚の発赤、変色あり 3 痩せており、骨の突出あり					
使用効果見込						
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>診療科名</p> <p>作成医師氏名(自署)</p> <p>(自署でない場合は氏名の右に押印してください。)</p>						

姿勢保持装置付き車椅子・屋外用フレーム・屋内用フレームの支給は(適当・不適當)と判断します