

(表面)

### 座位保持装置意見書

氏名		生年月日	年 月 日生( )歳	
住所	身体障害者手帳 種 級			
障害名及び原傷病名及び疾病名	(身障手帳所持者は身障手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害名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に規定する疾病名を記載してください。)			
障 が い ・ 疾 病 等 の 状 況	身長( )cm、体重( )kg	頭部支持(可能 不安定 不可能)		
	気管切開(なし・あり)	経管栄養(なし・あり)	意識障がい(なし・あり)	
	運動障がい	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 しんせん 運動失調 その他( )		
	上肢機能	右 障がい(なし・あり)	(所見:関節の可動性、筋力、変形などを記載してください。)	
		左 障がい(なし・あり)		
	体幹機能	障がい(なし・あり)		
	下肢機能	右 障がい(なし・あり)		
		左 障がい(なし・あり)		
	座位保持	短時間可能 支持(背部・脇部)があれば短時間可能 介助しても困難 不可能		
	椅子からの立ち上がり	手すり等があれば短時間可能 介助があれば短時間可能 介助しても困難 不可能		
立位保持	手すり等があれば短時間可能 介助があれば短時間可能 介助しても困難 不可能			
知覚障がい	なし 不明 知覚過敏 知覚鈍麻 知覚脱失(部位: ) ※褥瘡の有無(なし 既往あり 現在あり)(部位: )			
その他の所見	(処方等に影響のある事項を記載してください。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記載してください。)			
座位保持装置の使用経験	なし・あり	使用目的	移動用 屋内用 車載用 その他( )	
使用場所	自宅又は施設内(共有空間・ベッド・トイレ・入浴)・学校・屋外(通院や通学等) その他( )			
使用効果見込み	(使用により可能となることが見込まれる活動等を記載してください。) なし・あり 効果内容:			

(裏面へ続く)

[大分県身体障害者更生相談所]

(裏面)

# 座位保持装置の処方（購入及び借受け）

身体部位区分による基本価格		採寸	採型	頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿・足部(左・右)	
				頭・頸部	上肢(左・右)	体幹部	骨盤・大腿部		
製 作 要 素	支 持 部	頭部	頭部支え						・フレックス構造有
		上肢	上肢支え(左・右) 前腕・手部支え(左・右)						・フレックス構造有
		体幹部	平面形状型 モールド型(採型・採寸) シート張り調節型						・フレックス構造有
		骨盤・大腿部	平面形状型 モールド型(採型・採寸) シート張り調節型						・フレックス構造有
		下腿部	下腿支え(左・右)						・フレックス構造有
	支の 持連 部結	固定	頸部 腰部(左・右) 膝部(左・右) 足部(左・右)						
		遊動	腰部(左・右) 膝部(左・右) 足部(左・右)						
	構造 フレーム	使用材料 (付加機能)	木材 金属 ティルト機構 昇降機構 車いす 電動車椅子→(名称: )						
	付 属 品	カットアウトテーブル	カットアウトテーブル(表面クッション張りあり・なし)						
		上肢保持部品	アームレスト(左・右) 肘パッド(左・右) 縦型グリップ(左・右) 横型グリップ(左・右)						
体幹保持部品		肩パッド(左・右) 胸パッド 胸受けロール 体幹パッド(左・右) 腰部パッド							
骨盤保持部品		骨盤パッド(左・右) 臀部パッド							
素	下肢保持部品	内転防止パッド 外転防止パッド(左・右) 膝パッド(左・右) 下腿保持パッド(左・右) 足部保持パッド(左・右)							
	ベルト部品	肩ベルト(左・右) 腕ベルト(左・右) 手首ベルト(左・右) 胸ベルト 骨盤ベルト 股ベルト 大腿ベルト(左・右) 膝ベルト(左・右) 下腿ベルト(左・右) 足首ベルト(左・右)							
	支持 部カ バ	頭部	頭部						・脱着式
		上肢	上肢(右・左)						・脱着式
		体幹部	平面形状型 モールド型 シート張り調節型						・脱着式
		骨盤・大腿部	平面形状型 モールド型 シート張り調節型						・脱着式
		下腿部	下腿部(右・左)						・脱着式
	足部	足部(右・左)						・脱着式	
内張り	アームレスト(左・右) テーブル								
体圧分散補助素材	頭部 上肢(左・右) 体幹部 骨盤・大腿部 下腿部(左・右) 足部(左・右)								
キヤスター	キヤスター 個 (多機能キヤスター 個)								
その他	介助用グリップ(左・右) ストッパー( 個) 高さ調整用台座								
調 節 機 構	高さ調節	頭部支持部 体幹支持部 骨盤・大腿支持部 足部支持部(左・右) アームレスト(左・右)							
	前後調節	頭部支持部 骨盤・大腿支持部 足部支持部(左・右)							
	角度調節	頭部支持部 テーブル							
	脱着機構	体幹パッド(左・右) 骨盤パッド(左・右) 膝パッド(左・右) アームレスト(左・右) 内転防止パッド							
開閉機構	アームレスト(左・右) 足部支持部(右・左)								
完 成 用 部 品	購入部品								
	借受けが適当な 完成用部品	部品名							
		借受け期間	か月 (最長1年が原則です。)						
	理由								
上記のとおり意見する。 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師氏名									
※ 本意見書を作成することができる医師の範囲は以下のとおりですので、該当する項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 身障法第15条指定医師 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター主催補装具判定医師研修会修了者 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医									

※ 状況により、身体障害者更生相談所への来所が必要な場合があります。

※ 補装具の購入に先立ち、比較・検討が必要であると認められる完成用部品は借受け、その他の部品は購入の欄に処方してください。

※ 処方欄の処方内容の決定に際しては、補装具製作者立ち会いのもとで行ってください。

[大分県身体障害者更生相談所]