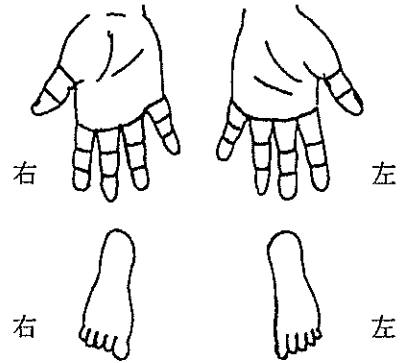
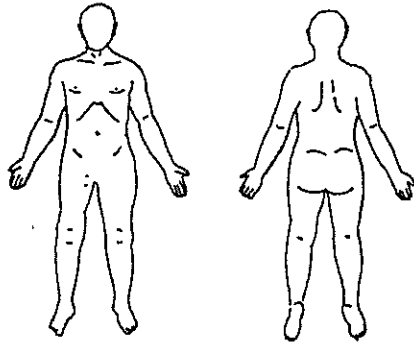


医学的意見書				(肢体不自由用)		
氏名		年	月	日生	男・女	
住所	埼玉県	郡市		町村		
① 障害名 (部位を明記)						
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 疾病、先天性、その他 ()					
③ 疾病・外傷発生年月日		年	月	日	場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む)						
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日						
⑤ 障害認定所見	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 障害程度 (級相当) 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (再認定の時期 年 月後) </div>					
⑥ その他参考となる合併症状						
医 療	区 分	一般・更生・育成	期間	入院	日間・通院	日間 (回)
	事前検査 ・ 具体的方針 ・ 効 果					
補 装 具	新 ・ 再 ・ 修	名 称 ・ 処 方 ・ 効 果				
所 見	<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 医療機関名 所在地 診療担当科 医師名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 年 月 日 ⑧ </div>					

神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

1. 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
3. 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
4. 排尿・排便機能障害：なし・あり
5. 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

(注) 関係ない部位は記入不用

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

6. 歩行能力の程度 (m)
7. 起立位 (分)
8. 座位 (可 ・ 不可)
9. 動作・活動 自立-○、半介助-△、全介助又は不能-×
() 中のものを使う時はそれに○

寝返りする。		シャツを着て脱ぐ。	
足を投げ出して座る。		スポンをはいて脱ぐ（自助具）	
いすに腰掛ける。		ブラッシで歯を磨く（自助具）	
立つ（手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具）		顔を洗いタオルでふく。	
家の中の移動（壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす）		タオルを絞る。	
洋式便器に座る。		背中を洗う。	
排せつの後始末をする。		二階まで階段を上って下りる（手すり、つえ、松葉づえ）	
(箸で) 食事をする（スプーン、自助具）		屋外を移動する（家の周辺程度）（つえ、松葉づえ、車いす）	
コップで水を飲む。		公共の乗り物を利用する。	

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害（impairment）のレベルで認定されますので（ ）の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

- 注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。
- 2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（IP、PIP、DIP）の残存の有無を明記すること。
- 3 上記6・7・8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

計測法：

上肢長：肩峰→^{とう}橈骨茎状突起

下肢長：上前腸骨棘→（^{けい}脛骨）内果

上腕周径：最大周径

前腕周径：最大周径

大腿周径：漆蓋骨上縁上10cmの周径（小児等の場合は別記）

下腿周径：最大周径

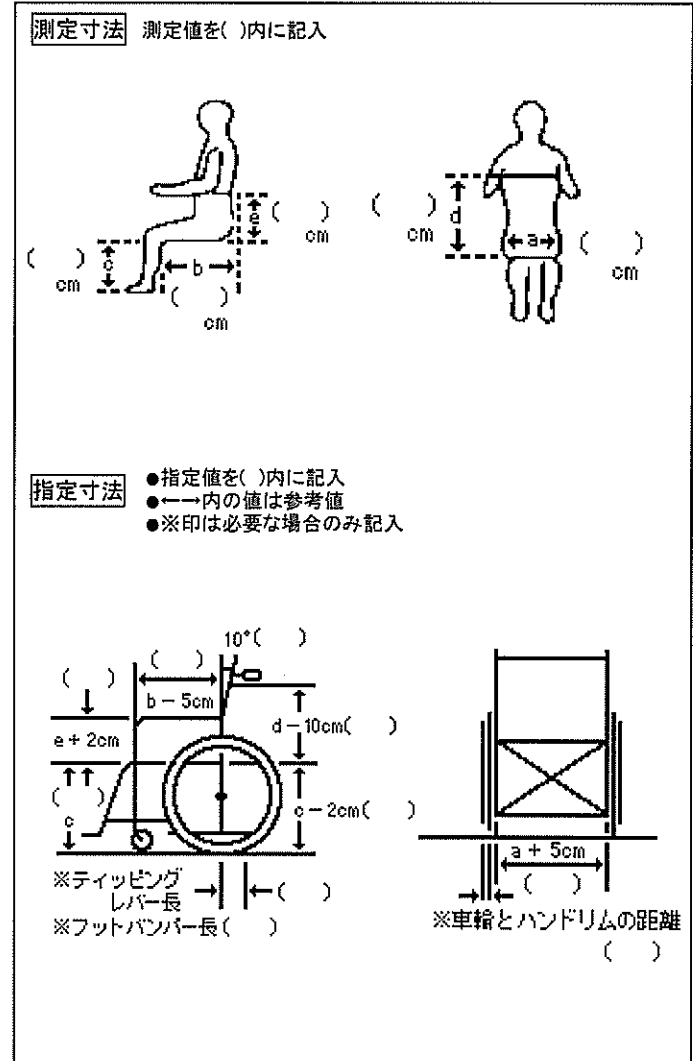
<別紙>車椅子処方箋(新・再・修)

氏名	年 月 日生 () 歳	男・女
住所 埼玉県		

製作方式	<input type="checkbox"/> オーダーメイド方式 (フルオーダー・モジュラー) <input type="checkbox"/> レディメイド
名称	<input type="checkbox"/> 普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング式普通型 <input type="checkbox"/> ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式普通型 <input type="checkbox"/> 手動リフト式普通型 <input type="checkbox"/> 前方大車輪型 <input type="checkbox"/> リクライニング式前方大車輪型 <input type="checkbox"/> 片手駆動型 <input type="checkbox"/> リクライニング式片手駆動型 <input type="checkbox"/> レバー駆動型 <input type="checkbox"/> 手押し型(A・B) <input type="checkbox"/> リクライニング式手押し型 <input type="checkbox"/> ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> リクライニング・ティルト式手押し型 <input type="checkbox"/> その他
付属品※	<input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> 成長対応型 <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> クッション(ホリエステル繊維、ウレタンフォーム等の多層構造のもの及び立体繊維物構造のもの) <input type="checkbox"/> クッション(ゲルとウレタンフォームの組合せのもの) <input type="checkbox"/> クッション(ハルブを開閉するだけで空気を調整するもの) <input type="checkbox"/> クッション(特殊な空気室構造のもの) <input type="checkbox"/> フローションパッド <input type="checkbox"/> 背クッション <input type="checkbox"/> 特殊形状クッション(骨盤・大腿部サポート) <input type="checkbox"/> クッションカバー(防水加工を施したもの) <input type="checkbox"/> クッション滑り止め部品 <input type="checkbox"/> リフレクタ(反射器-夜光材) <input type="checkbox"/> リフレクタ(反射器-夜光反射板) <input type="checkbox"/> シートベルト 胸・腰・股・その他 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> ステッキホルダー(杖たて) <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置(キャスター付き折りたたみ式) <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置搭載台 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ固定装置 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器搭載台 <input type="checkbox"/> 栄養ハック取り付け用 ガール架 <input type="checkbox"/> 点滴ポール <input type="checkbox"/> ガスダンパー <input type="checkbox"/> 幅止め <input type="checkbox"/> 高さ調整式手押しハンドル <input type="checkbox"/> 車載時固定用フック <input type="checkbox"/> 日よけ(雨よけ) <input type="checkbox"/> 痰吸引器搭載台

バックサポート	<input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> 枕(オーダー・レディメイド) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 高さ調整式 <input type="checkbox"/> 背折れ <input type="checkbox"/> 背座間角度調整 <input type="checkbox"/> ヘッドサポートベース (マルチタイプ)
アームサポート	<input type="checkbox"/> 高さ角度調整式(左・右) <input type="checkbox"/> 高さ調整式(段階調整式)(左・右) <input type="checkbox"/> 角度調整式(左・右) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式(左・右) <input type="checkbox"/> 脱着式(左・右) <input type="checkbox"/> 拡張部品(左・右) <input type="checkbox"/> 延長部品(左・右)
レッグサポート	<input type="checkbox"/> 脱着式(左・右) <input type="checkbox"/> 拳上式(パッド形状)(左・右) <input type="checkbox"/> 開閉拳上式(パッド形状)(左・右) <input type="checkbox"/> 開閉・脱着式(左・右) <input type="checkbox"/> フットサポート 前後調整(左・右) 角度調整(左・右) 左右調整(左・右)
座面	<input type="checkbox"/> 座張り調整 <input type="checkbox"/> 座奥行き調整(スライド式) <input type="checkbox"/> 座板
ブレーキ	<input type="checkbox"/> キャリパーブレーキ <input type="checkbox"/> フットブレーキ(介助者用) <input type="checkbox"/> 延長用ブレーキアーム(左・右)
ハンドリム	<input type="checkbox"/> 滑り止めハンドリム(左・右) <input type="checkbox"/> ノブ付き(左・右)
キャスター	<input type="checkbox"/> 屋外用(エア式等)
駆動輪	<input type="checkbox"/> 車軸位置調整部品 <input type="checkbox"/> 大車輪脱着ハブ <input type="checkbox"/> ノーハンクタイヤ <input type="checkbox"/> スポークカバー(左・右) <input type="checkbox"/> 泥よけ(左・右)

その他特記事項



補装具事業者名	担当者
---------	-----

年 月 日	医師氏名	印
-------	------	---