

第 3 章

様 式 例 集

判 定 依 頼 書

○ ○ 第 号
令和 年 月 日

障害者相談センター所長 様

長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

ふ り が な 氏 名			男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
身体障害者 手 帳	交 付 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	番 号	千葉県 第 号	
障害区分	肢体不自由・聴覚障害・その他 ()				
判 定 依 頼 事 項	補装具 車椅子 ・ 電動車椅子 ・ 姿勢保持装置 義足 ・ 短下肢装具 補聴器 ・ 重度障害者用意思伝達装置 その他 ()				
判 定 区 分	1 来所判定 2 訪問判定 3 書類判定 4 県外依頼				
判定予定日	年 月 日	判定会場	所内・訪問・船橋・館山・木更津 茂原・成田・旭・市原・浦安・松戸		
援護の経過	補装具交付、再交付、修理などの履歴				
補装具製作 業 者					
備 考 特記事項等	担当者氏名 _____				

面接記録票（肢体不自由・内部障害者用）

氏 名			市町村名（担当者名）	()
面接年月日	令和 年 月 日	面接場所	市町村窓口・自宅・他()	
面接方法	面談・電話	本人・家族等（続柄 ()		
他法の適用状況	優先される制度 自動車賠償責任保険： 非該当・該当 ※ 該当の場合は自賠責で対応のこと 労災ファンド： 非該当・該当 ※ 該当の場合は労災で対応のこと 介護保険： 申請済・未申請 ・非該当： 非被保険者（40歳未満・医療扶助）・16特定疾病非該当・要支援介護非該当 ・該当： 要支援・要介護() 非適用理由（施設入所・他 () ※ 車椅子、電動車椅子は介護保険優先 医療保険での製作（有・無） ⇒以下、有の場合 時期 年 月 医療機関 () 業者（今回と同じ・異なる） 補装具種類 短下肢装具（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ） 義足・義手・他 ()			
基礎情報	身長、体重 ｃｍ、 ｋｇ 病歴（発症時期、入退院、現在までの経過を記載） 現在 在宅・施設入所（施設名 ()）・入院中（病院名 ()） 通院状況 医療機関・診療科名〔頻度〕 合併症、治療中の疾病等 糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析・眼疾患 ()・てんかん発作・他 ()			
申請に関する情報	現在の補装具について 製作時期 年 月 使用場面（屋内・屋外） 〔義肢・装具の場合〕着脱（自立・部分介助・全介助） 〔短下肢装具の場合〕種類（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ） 申請理由 きつくなった・ゆるくなった・体重の増減・老朽化・破損（部位； ()） 身体機能の変化・行動範囲の変化・勧められた（主治医・療法士・業者）・他 () 不具合が生じ始めた時期 年 月頃から 傷、痛み等の有無（有・無）⇒有の場合（部位； ()） 希望する補装具 現在と（同じもの・異なるもの ()） 本人の訴え（具体的に） 医師の意見書・処方箋、担当療法士等の意見書等の有無（有・無）⇒聴取事項は下記に記載 最近の入院歴、転倒歴、特記事項 《確認事項》 判定記録のため画像等を撮らせていただくことがあります。御了承いただけますか？（はい・いいえ）			

面接記録票（肢体不自由・内部障害者用）

コミュニケーション：理解面（可・簡単な内容なら可・不可） 表出面（可・単語レベル・Yes/No レベル・不可）				
日常生活動作				
		自立度	備考	
食事		自立・部分介助・全介助		
排泄		自立・部分介助・全介助		
入浴		自立・部分介助・全介助		
整容、更衣		自立・部分介助・全介助		
座位保持		安定・不安定・不可		
立ち上がり		自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
立位保持		自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
移乗		自立・部分介助・全介助	装具利用（有・無）	
現在の生活状況	移動	自宅	自立・部分介助・全介助	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車
			車椅子・装具の利用（有・無）	
	移動	屋外	自立・部分介助・全介助	杖（T字・四点・他） 伝い歩き・手押し車
			車椅子・装具の利用（有・無）	
自宅環境 畳・フローリング 生活様式（椅子・和式） 階段利用（有・無） 家庭構成 単身・同居者（ ）・キーパーソン（ ） 本人の日課 散歩（約 分／週 回／車椅子利用〈有・無〉）・家事・（ ） 福祉サービスの利用状況 ① 介護保険 デイサービス（週 日）・ホームヘルプ（週 日）・訪問リハ（週 日） 他（ ） ② 障害者総合支援法 ③ その他の制度 仕事（有・無）⇒有⇒業務内容（デスクワーク・外回り〈車・電車〉）・軽作業・重労働・（ ） 通勤手段（電車・徒歩・自家用車・（ ）） 自動車の運転 運転免許（有・無）⇒有の場合；現在運転を（している・していない）				
身体状況	運動障害・可動域制限・変形拘縮・感覚障害・痺れ・循環障害・浮腫・切断・傷・発赤等があれば記載			
	頭頸部			
	体幹			
	上肢	右	左	
	下肢	右	左	

面接記録票（補聴器）

面接年月日		令和 年 月 日		面接方法	面談・電話 本人・他（ ）	面接者	
ふりがな 氏 名					大正 昭和 年 月 日（ 歳） 平成 令和		
職業		勤務時間	時 分 ～ 時 分（ 週 月 日）				
居住	在宅 ・ 施設入所 ・ デイサービス ・ その他（ ）						
家族構成		続柄 (氏名不要)	年齢 (〇〇代で可)	職業	聴覚障害	本人との居住	備考
	1				有・無	同居・別居	
	2				有・無	同居・別居	
	3				有・無	同居・別居	
	4				有・無	同居・別居	
	5				有・無	同居・別居	
	6				有・無	同居・別居	
	7				有・無	同居・別居	
傷病の経過	(既往歴) 結核 ストレプトマイシン・カナマイシン使用 高血圧 髄膜炎 脳炎 頭部外傷 脳梗塞 梅毒 大音響の環境 その他（ ）						
	(重複障害) 視覚障害 肢体不自由 知的障害 精神障害 その他（ ）						
	(現病歴)						
	耳の状態 発症年月日： 年 月 日 原因： _____ 治療歴： (有・無) _____ 手術歴： (有・無) _____						
現在の状態	どちらの耳がよく聞こえるか (右耳 左耳 どちらの耳も同じ程度) 聴力は変動するか (変動する 変動しない) 耳漏が (ある ない) ある場合 (右耳 左耳 両耳) 耳鳴りが (ある ない) めまいが (ある ない) 聴覚障害で日頃どのような不便を感じているか 						

補 聴 器 に つ い て	1. 今までに使用したことがあるか (はじめて 経験あり: _____ 年前から) 2. 今までに使用したことがある補聴器のタイプは (複数回答可) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) 3. 使用している補聴器のタイプや入手方法等について ① 右耳用 無・有: (_____ 年 _____ 月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他 _____) ② 左耳用 無・有: (_____ 年 _____ 月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他 _____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他 _____)
	4. 補聴器の使用状況について ① 1日の使用時間について ・一日中 (就寝中も) ・起きている間はずっと ・ときどき ・あまり使っていない ・ほとんど使っていない ② 主な使用場面について ・会話 ・外出する時 ・テレビ ・電話 ・仕事 ・その他 _____ ③ 機能や操作方法について ・よくわかる ・だいたいわかる ・あまりわからない ・全くわからない ④ 満足度について ・非常に満足している ・ほぼ満足している ・あまり満足していない ・非常に不満である ⑤ 補聴器使用時の困りごとについて ・ボリュームを最高にしても音が小さい ・うるさい場所ではよくききとれない ・遠くから話されるとききとれない ・とても不快に聞こえる音がある ・長くつけていると疲れる ・補聴器をつけていてピーピー音がする ・故障しやすい ・耳栓 (又は耳型) が痛い ・電話が使えない ・その他 _____

5. 新しい補聴器の希望は
 (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 その他 _____)
 ※原則はポケット型、耳かけ型からの選択になります。
 ※耳あな型は、耳介がない、などの理由で耳かけ型が装着できない人のみが対象となります。
 ※福祉用補聴器ではなく、差額自己負担により市販の補聴器を希望される場合は、面接判定のみ対応します。
なお、事前に【様式例補12 補聴器差額自己負担要望書 兼 補聴器試聴結果】を本人にお渡しください。

6. そのほか補聴器に関して希望があるか

7. 主たるコミュニケーション手段 (音声・筆談・手話・その他: 具体的に _____)

ふりがな 氏名		年 月 日生		聞き取り 方法	面談・電話・() 本人・他()
基礎 情報	*身障手帳及びその診断書・意見書に記載ある場合は本欄省略可 障害の原因となった傷害又は疾病名 診断日() 医療機関() ☐ 筋萎縮性側索硬化症(ALS) ☐ 脊髄小脳変性症 ☐ 多系統萎縮症 ☐ その他() 傷病の経緯(いつ頃からどのような症状から始まり、どのような変化があったか)				
	コミュニケーション方法の変化				
	本人に対する病名の告知: ☐ 有 ☐ 無				
	訪問診療等 ☐ 往診 ☐ 看護 ☐ リハ(PT・OT・ST) ☐ その他() (下段に頻度)				
生活 状況	①入院中 : 退院予定(無・未定) 病院名() ②入所中 : 施設名() ③在宅 (①、②の場合も記入): 一戸建・集合住宅(階建ての 階) 同居者(人)				
身体 状況	【視覚障害】 ☐ 無 ☐ 有(身障手帳: ☐ 無 ☐ 有) 【聴覚障害】 ☐ 無 ☐ 有(身障手帳: ☐ 無 ☐ 有) 【音声・言語障害】 ☐ 会話可能 ☐ 家族など特定の人との会話可能 ☐ 会話不可 【気管切開】 ☐ 無 ☐ 有 【人工呼吸器の使用】 ☐ 無 ☐ 有(機器の種類と使用時間:) 【経管栄養】 ☐ 無 ☐ 有(☐ 胃瘻 ☐ 鼻腔) 【知的障害】 ☐ 無 ☐ 有(療育手帳: ☐ 無 ☐ 有)				
	上肢	右			
		左			
	下肢	右			
		左			
日常生活の支援者		☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄 ☐ 弟 ☐ 姉 ☐ 妹 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ その他() 主な支援者()			
意思伝達装置(PC)の 操作支援者		☐ 無 ☐ 有	本人との関係() 支援の状況()		
本人のPC使用経験		☐ 無 ☐ 有	使用時期() 使用目的 ☐ 業務 ☐ 学業 ☐ その他()		

現在の意思伝達方法	【主にやりとりをする相手】()
	【主にやりとりをする内容】()
	【身体的コミュニケーション】 ☐ 音声 ☐ 唇を動かす ☐ 眼球を動かす ☐ まばたき ☐ 表情 ☐ うなずき ☐ その他(具体的に ()) ☐ 高度な身体的コミュニケーション(口述文字盤、ダブルアイクロストーク等)
	【ツールを使用したコミュニケーション】 ☐ 文字盤 使用方法 ☐ 文字を指す ☐ 棒をくわえて指す ☐ 読み上げに瞬きをする ☐ 読み上げに舌を鳴らす ☐ 目線を合わせる ☐ その他(()) ☐ 携帯用会話補助装置(商品名: () 使用期間: ()) ☐ パソコン(ソフト名: () 使用期間: ()) ☐ スマホ・タブレット(アプリ名: () 使用期間: ()) ☐ その他(())
	【呼び出しベルの使用状況】 ☐ 使用したことがない ☐ 使用中 ☐ 以前は使用していた ☐ その他(()) 使用中・以前は使用していた場合は以下を記入 商品名(()) スイッチの種類(()) スイッチを押す方法(())
※以下は、意思伝達装置を試用した結果、申請希望の機種等を記入	
意思伝達装置(本体)	令和 年 月 日～令和 年 月 日 何を試したか(()) どこから借りたか(())
操作に際しての理解	☐ 理解可能 ☐ 理解困難(())
使用時の姿勢	☐ 座位 ☐ リクライニング座位 ☐ 仰臥位 ☐ 側臥位
方式又は入力装置(スイッチ)の種類と操作方法	☐ 接点式 ☐ 帯電式 ☐ 筋電式 ☐ 光電式 ☐ 呼吸式(吸気式) ☐ 圧電素子式 ☐ 空気式 ☐ 視線検出式 ☐ 生体現象方式(他の全スイッチを試し、それらに×チェックを入れる) ☐ 不明(形状を具体的に記述: ()) どの部位でどのように(())
※以下は、意思伝達装置を実際に使用してもらった上で記入	
スイッチによる入力操作	☐ 意図したところで選択可能 ☐ ときどきタイミングがずれる ☐ 選択困難
誤入力した場合の修正	☐ 可能 ☐ 要練習 ☐ 不可能
入力可能な程度	☐ 文章 ☐ 短文 ☐ 単語レベル ☐ ほとんど不可能
漢字変換が可能か	☐ 可能 ☐ 誤ることもあるがある程度可能 ☐ 不可能
コミュニケーション手段として	☐ 実用可能 ☐ 緊急時呼び出しが可能 ☐ 不可能(下段へ↓)
実用に導くキーパーソン	☐ 家族(()) ☐ 業者(()) ☐ その他(()) ☐ 医療関係者(所属: () 職種: ())
本人は使う意志があるか	☐ 本人がある ☐ 本人がない ☐ 本人に確認できない ☐ その他(())
備考	

写真提出に関するチェックリスト【書類判定】	
☐	本人の全体像:全身が写っているか
☐	機器の使用場面:適切(実用的で安楽)な姿勢と機器配置の様子が多方向から判別できる写真か
☐	入力装置(スイッチ)操作場面:操作している身体部位とスイッチの位置関係が判別できる写真か
☐	入力結果:入力した文字等が画面出力されていることが判別できる写真か
☐	構成機器:見積書の全項目が写っているか(試用段階で困難な場合は適合状態確認票提出時に添付すること)

補装具費支給意見書【補聴器】

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

医師名

印

以下のいずれかに該当する医師

- ① 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ② 指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ③ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補聴器適合判定医師研修会を修了している医師
- ④ 難病法第6条第1項に基づく指定医

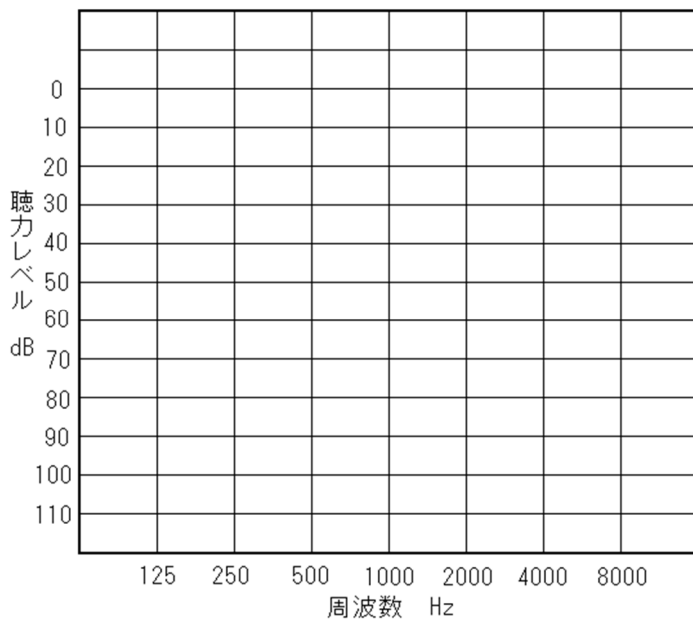
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
----	--	------	---------------------------

住所

障害名及び原因となった疾病・外傷名

右

左

聴力検査
(別添・貼付可)平均聴力レベル
(4分法)

右 dB

左 dB

補聴器の処方方	名称	ア 高度難聴用ポケット型	イ 高度難聴用耳かけ型	
		ウ 重度難聴用ポケット型	エ 重度難聴用耳かけ型	
		オ 耳あな型レディメイド	カ 耳あな型オーダーメイド	
		キ 骨導式ポケット型	ク 骨導式眼鏡型	
	【選択の理由】			
	※ 高度難聴用は聴覚障害4, 6級、重度難聴用は聴覚障害2, 3級を目安に選択してください。 ※ ポケット型、耳かけ型以外の補聴器を選択される場合は、必要な理由を記載ください。			
	装用耳	ア 右耳	イ 左耳	ウ 両耳
	【選択の理由】			
	※ 両耳装用を選択される場合は、職業上又は教育上等、必要な理由を記載ください。			
	イヤモールド	ア 有	イ 無	
	【製作の理由】			
	※ イヤモールドを製作する場合は、必要な理由を記載ください。			
補装具費支給の考え方 (1) 全般 高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者（ポケット型・耳かけ型が基本となる）。 (2) 耳あな型 ポケット型及び耳かけ型の補聴器の使用が困難で真に必要な者（例：耳介がない、又は、耳介の形に問題がある等のために耳かけ型補聴器を掛けることができない者）。 (3) 骨導式 伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドでの使用が困難な者。 (4) 両耳装用 職業上又は教育上等補聴器の両耳装用が真に必要な者。聴覚・視覚重複障害等、情報取得に際して補聴器の両耳装用が真に必要な者。 (5) イヤモールド 既製の耳栓ではハウリングが生じる者若しくは補聴器の安定性を欠く者、又はイヤモールドを使用することにより補聴効果が向上する等の者。				

氏 名			生年月日	T・S・H	年	月	日生
			市町村名				
診断名		※ 進行性疾患 ☐ 該当 ☐ 非該当					
現 症 及 び 予 後	上肢機能						
	下肢機能						
	言語機能	発声・発語					
		言語理解 (聞く・読む)					
重度障害者用 意思伝達装置 が必要な理由		【必要な理由】					
		※ 進行性疾患であり、急速な進行が見られる（見込まれる）場合には、症状の進行状況と予後予測及び早急に機器を導入する必要性を以下にご記載ください。					
		【進行状況及び予後予測】					
		【早急に導入する必要性】					
名 称		文字等走査入力方式 ・ 生体現象方式 文字、シンボル等を選択 「はい・いいえ」を選択					
スイッチ		接点式 ・ 帯電式 ・ 筋電式 ・ 光電式 ・ 呼気式（吸気式） 圧電素子式 ・ 空気圧式 ・ 視線検出式					
その他の配慮		なし ・ あり（配慮の内容を以下にご記載ください）					

令和 年 月 日 医療機関名

所在地

診療科名

科

医師氏名

印

医学判定記録（肢体不自由）

- 下記のいずれかに該当する（⑤、⑥は難病患者等が対象）
- ① 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
 - ② 指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
 - ③ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師
 - ④ 上記と同等と認める医師
 - ⑤ 保健所の医師
 - ⑥ 難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医

医療機関名

所在地

令和 年 月 日

医師名

㊞

氏 名	大 昭 平 年 月 日生 () 才	実施機関 市・町・村
判 定 事 項 補 装 具 要 否		
現症・その他（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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する。）		
補装具の名称・型式		
補装具の処方並びに製作上の注意		

肢体不自由の状態（必要な部位・部分のみ記入してください）

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (この表は必要な部分を記入)

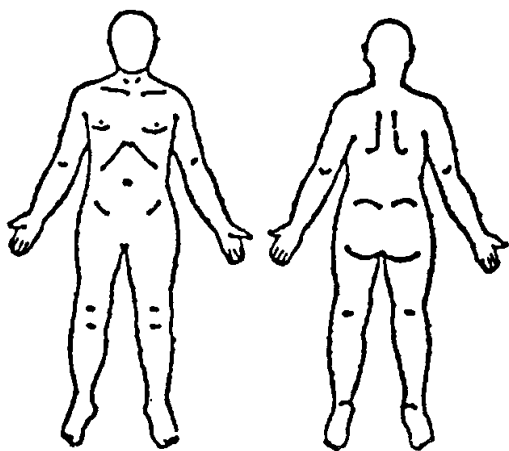
筋力テスト ()	関節可動域	筋力テスト ()	筋力テスト ()	関節可動域	筋力テスト ()
↓	↓	↓	↓	↓	↓
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		後屈 ()	頸 ()	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	右屈 ()
() 前屈		後屈 ()	体幹 ()	左屈 ()	右屈 ()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		伸屈 ()	() 伸屈	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	左屈 ()
() 屈曲		伸屈 ()	肘 ()	伸屈 ()	右屈 ()
() 外転		伸屈 ()	前腕 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 外旋		伸屈 ()	手 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 屈曲		伸屈 ()	背屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 回外		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 掌屈		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		伸屈 ()	伸屈 ()	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	伸屈 ()
() 屈曲		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 外転		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 外旋		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 屈曲		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()
() 底屈		伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()	伸屈 ()

※ 注

1. 関節可動域は、他動的に可動域を原則とする。
2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
3. 関節可動域の図示は  のように両端に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に (≡) を引く。
4. 筋力については、表 () 内に × △ ○ 印を記入する。

× 印は、筋力が消失又は著減 (筋力0,1,2該当)
△ 印は、筋力半減 (筋力3該当)
○ 印は、筋力正常又はやや減 (筋力4,5該当)
5. (PIP) の項で母指は (IP) 関節を指す。
6. DIP 他対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7. 図中塗りつぶした部分は参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示 (×) 伸屈  屈曲 (△)



× 変形 切離断
斜線 感覚障害 運動障害

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	

計測法

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起 前腕周径：最大周径
下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内踝 大腿周径：膝蓋骨上縁10cmの周径
（小児等の場合は別記）
上腕周径：最大周径 下腿周径：最大周径

義 手 処方箋

氏名			T・S・H・	年	月	日生	市町村（実施機関）
種 目	殻構造 骨格構造 （ 部 位 ： 右 左 ）						
名 称	肩義手 上腕義手 前腕義手 肘義手 手義手 手部義手 手指義手						
形 式	能動式 電動式 その他： 装飾用 作業用						
備 考	肩甲胸郭間切断用 吸着式 顆上懸垂式 スプリットソケット						
ソ ケ ッ ト	皮革* 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 *アルミニウム、セルロイドを含む						
ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 シリコン ライナー ピンアタッチメント（あり・なし）						
義手用ハーネス	肩	胸郭バンド式肩ハーネス一式 肩たすき一式					
	上腕 肘	胸郭バンド式上腕ハーネス一式 肩たすき一式 8字ハーネス一式					
	前腕 手 手部	胸郭バンド式前腕ハーネス一式 8字ハーネス一式 9字ハーネス一式 たわみ式肘継手（一組） Yストラップ 上腕カフ（三角筋バンド）					
肩 継 手	隔板式* 屈曲・外転式 ユニバーサル式 *殻のみ						
肘 継 手	骨格	単軸式（単軸固定式） 単軸式（軸摩擦式） 作業用幹部式					
	殻	単軸ヒンジ： 遊動式 手動式 能動式 多軸ヒンジ式 倍動ヒンジ： リンク式 歯車式 硬性たわみ式 能動単軸ブロック式 手動単軸ブロック式					
手 継 手	骨格	面摩擦式 軸摩擦式 手屈曲式 手部コネクタ 作業用幹部式					
	殻	面摩擦式 軸摩擦式 迅速交換式 屈曲式 手部コネクタ					
手 先 具	装飾バンド* 装飾手袋（コスメチックグ洛夫）* 能動バンド 能動フック 作業用手先具 *骨格は2種（殻は全種）						
特記事項							
処方	年 月 日		医師名				
処方	年 月 日		医師名				

（備考） 肩義手：肩甲胸郭間切断、肩関節離断、上腕骨頸部切断
 上腕義手：上腕切断 肘義手：肘関節離断
 前腕義手：前腕切断 手義手：手関節離断
 手部義手：手根中手切断 手指義手：手指切断

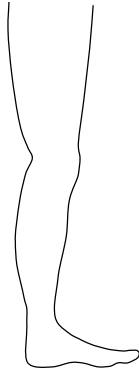
氏名	T・S・H・ 年 月 日生		市町村（実施機関）
種 目	殻構造 骨格構造 （ 部 位 ： 右 左 ）		
名 称 ・ 型 式	股義足	—	
	大腿義足	差込式 ライター式 吸着式	
	膝義足	差込式 ライター式 吸着式	
	下腿義足	差込式 PTB 式 PTS 式 KBM 式 TSB 式	
	サイム義足	差込式 有窓式	
	足根中足義足	足袋式* 下腿部支持式* *殻のみ	
	足趾義足	—	
ソ ケ ッ ト	皮革* 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 *アルミニウム、セロイトを含む 備考：IRC ソケット ・ ダイレクトソケット		
ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコン ライター ピンアタッチメント（ なし ・ あり ）		
懸垂用部品	股	懸垂帯一式	
	大腿、膝	シジリアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊带 股吊带一式	
	下腿	腰バンド 横吊带 大腿コルセット一式 PTB カフベルト一式	
股 継 手	骨格：カタ式 ロック式* 殻：ヒンジ継手 *小児のみ		
膝 継 手	骨格	単軸膝 ・ 多軸膝 ロック式 ・ 遊動式（ 空圧・油圧・その他_____ ） 安全膝（ 空圧 ・ その他_____ ）	
	殻	ヒンジ： 大腿遊動式 下腿遊動式	
足 部	骨格	SACH 単軸 多軸 サイム用	
	殻	SACH 多軸 装飾足袋	
そ の 他	カーボンストッキングネット スリーブ トルクアブソーバー リアルソックス ターンテーブル		
特記事項 ☐ KISS キット ☐ ライター パッド（ デイスタルカップ ・ アルファゲルカップ ・ アイスロス パッド ・ _____ ） ☐ 片側骨盤切断用 ☐ 短断端切断用キャップシフト ☐ 大腿支柱付き			
処 方	年 月 日	医師名	
処 方	年 月 日	医師名	

（備考）

- ・ 股義足：片側骨盤切断、股関節離断、大腿切断極短断端
- ・ 大腿義足：大腿切断
- ・ 膝義足：膝関節離断
- ・ 下腿義足：下腿切断
- ・ サイム義足：足関節離断（サイム切断）
- ・ 足根中足義足：足根中手切断（ボイト切断、ピロフ切断を含む）
- ・ 足趾義足：足趾切断

IRC ソケット：坐骨収納型ソケット

下肢装具・靴型装具 処方箋

氏名			生 年 月 日	大 昭 平 年 月 日	実施機関 市・町・村
補装具名称	右 / 左				
	股装具 長下肢装具 A・B・C 膝装具 A・B・C・D (注) A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 軟性		短下肢装具 A 硬性 B 両側支柱付 他 C 片側支柱付 D 後方支柱付 E 軟性 足装具 A 足底装具 (アーチサポート 変形防止・矯正 内・外側楔 補高：除圧・脚長差補正) レディメイド オルトップ 他 _____		
処方内容	継手	股 継 手	固定式 遊動式		
		膝 継 手	固定式 遊動式 プラスチック継手		
		足 継 手	固定式 遊動式 プラスチック継手		
	支持部	大 腿 部	半月 皮革等 (カフベルト 大腿コルセット) 硬性 (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)		
		下 腿 部	半月 皮革等 (カフベルト 下腿コルセット) 硬性 (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)		
		足 部	あぶみ 足板補強 足部覆い 標準靴 硬性 (熱硬化性樹脂 ・ 熱可塑性樹脂) 足底装具 (MP 関節遠位 ・ MP 関節近位)		
加算要素	T・Yストラップ 足底裏革 (すべり止め用) 膝当て 伸展・屈曲補助装置 膝サポーター (支柱付き ・ 支柱なし) *オーダーメイドに限る 内張り (大腿部 下腿部 足部 足底装具) 足底装具屋内用ベルト				
指示事項	クレンザック (ダブル・シングル) ベルト内起し (部位：足関節・下腿ベルト・ _____) 下腿ベルト アーチ・サポート メタターサルバー トウ・スプリング トウ・クッション 趾枕				
					

様式例 補5-3 (2/2)

補 装 具 名 称	右 / 左				
	1. 靴型装具 A 長靴（側革が下腿の2/3までかかるもの） B 半長靴（側革が果部を完全に覆うもの） C チャッカ靴（側革が果部に及ぶもの） D 短靴（側革が果部より低いもの） 2. 市販靴の加工（補高・他_____）				
処 方 内 容	区 分	採 型 採 寸			
	患 足	整形靴	特殊靴	短 靴 チャッカ靴 半長靴 長 靴	
	健 足	短 靴 チャッカ靴 半長靴 長 靴			
	付 属 品 等	月型の延長 トウボックス補強 足背ベルト ベルト（裏付き） 補高（敷革式_____c m ・ 靴の補高_____c m） スチールバネ入り			
	ヒール の 補 正	ヒールウェッジ（内・外） トーマスヒール 逆トーマスヒール フレアヒール（内・外） カットオフヒール	足 底 の 補 正	ソール・ウェッジ（内・外） メタターサルバー ロッカーバー デンバーバー トーマスバー メイヨー半月バー ハウザーバー 蝶型踏み返し	
指 示 事 項	外科開き アーチ・サポート 趾枕 趾股				
処 方	年 月 日	医師	印		
仮 合 わ せ	年 月 日	医師	印		
適 合 判 定	年 月 日	医師	印		

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

姿勢保持装置

処方箋

氏 名			T・S・H 年 月 日生		市 町 村 (実施機関)		
区 分	頭・頸部 採寸 採型	上肢 採寸 (左 右) 採型 (左 右)	体幹部 採寸 採型	骨盤・大腿部 採寸 採型	下腿・足部 採寸 (左 右)		
支 持 部	頭 部	頭部支え					
	上 肢	上肢支え (左 右) 前腕・手部支え (左 右)					
	体 幹	平面形状型		モールド型 (採型 採寸)		張り調整型	
	骨盤・大腿部	平面形状型		モールド型 (採型 採寸)		張り調整型	
	下 腿 部	下腿支え (左 右)					
	足 部	足 台 (左 右)					
支持部の 連 結	頸 部	固定					
	腰 部	固定 (左 右) 遊動 (左 右) 角度調整用部品 (機械式 ガス圧式 その他_____)					
	膝 部	固定 (左 右) 遊動 (左 右) 角度調整用部品 (機械式 ガス圧式 その他_____)					
	足 部	固定 (左 右) 遊動 (左 右) 角度調整用部品 (機械式 ガス圧式 その他_____)					
	※遊動について：(電動)車椅子フレームの場合は、(電動)車椅子側の機構を優先						
構 造 フレーム	木材・金属	ティルト機構 角度調整用部品 (機械式 ガス圧式 その他_____)					
	車椅子	別紙 車椅子・電動車椅子処方箋 参照 (様式例 補5-5)					
付 属 品	カットアウトテーブル	テーブル 表面クッション張り 取付部品 (左 右)					
	上肢保持部品	アームサポート (左 右) 肘パッド (左 右)					
	体幹保持部品	頭頸部パッド 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) 殿部パッド					
	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)					
	支持部カバー	頭 部	標 準 / 脱着式				
		上 肢	左 右 / 脱着式				
		体 幹 部	平面形状型 モールド型 張り調整型 / 脱着式				
		骨盤・大腿部	平面形状型 モールド型 張り調整型 / 脱着式				
		下 腿 部	左 右 / 脱着式				
		足 部	左 右 / 脱着式				
		防水加工	有 無 (単位：台)				

付 属 品	内 張 り	アームサポート (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 ャ ス タ	____個 多機能キャスタ____個		
	そ の 他	介助用グリップ (左 右)		
調節機構	頭 部 支 持 部	高さ調節 前後調節 角度調節		
	体 幹 支 持 部	高さ調節		
	骨盤・大腿支持部	高さ調節 前後調節		
	足 部 支 持 部	高さ調節 (左 右) 前後調節 (左 右) 開閉機構 (左 右)		
	アームサポート	高さ調節 (左 右) 脱着機構 (左 右) 開閉機構 (左 右)		
	テ ー ブ ル	角度調節		
	体 幹 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	骨 盤 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	膝 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	内転防止パッド	脱着機構		
そ の 他 一部特例 特例補装具 完成用部品	名 称	型 式	使 用 部 品	
	1.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	2.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	3.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	4.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	5.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	6.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
	7.		☐ 一部特例 ☐ 特例補装具 ☐ 完成用部品	
特記事項				
処 方	年 月 日	医 師 名		
処 方	年 月 日	医 師 名		

車椅子[WC]・電動車椅子[EWC] 処方箋 (一部姿勢保持装置[SS]を含む)

氏名	S・H・ 年 月 日生		市町村 (実施機関)
名称・区分 <u>WC</u> ☐ 自走用 ☐ 介助用 <u>EWC</u> ☐ 標準形・低速用 ☐ 標準形・中速用 ☐ 簡易形・切替式 ☐ 簡易形・アシスト式 基本価格 ☐ 標準 ☐ 頭頸部 ☐ モジュラー式(標準) ☐ オーダーメイド式 ☐ レディメイド式 機構加算 <u>WC</u> ☐ リクライニング ☐ ティルト ☐ ティルト・リクライニング ☐ リフト <u>EWC</u> ☐ 手動リクライニング ☐ 電動リクライニング ☐ 電動ティルト ☐ 電動ティルト・リクライニング ☐ 電動リフト 基本構造 ☐ 後方大車輪(標準) ☐ 前方大車輪 ☐ 6 輪構造 ☐ 幅止め(本)			
シート [WC] *EWC→p2	アームサポート	クッション(カバー付き)	
☐ スリング式(標準)	☐ フレーム一体型	☐ 平面形状	
☐ 張り調整式	☐ 独立型	☐ モールド	
☐ 奥行き調整	☐ 固定式(標準)	☐ ゲル素材	
バックサポート	☐ 跳ね上げ式	☐ 多層構造 立体編物	
☐ スリング式(標準)	☐ 着脱式	☐ 滑り止め	
☐ 張り調整式	☐ 高さ調整 ☐ 角度調整	☐ 防水加工	
☐ ワイドフレーム	☐ 拡張 ☐ 延長 [左・右]	☐ 座板 (☐ クッション一体型)	
☐ バックサポート延長	ブレーキ [WC]	☐ 背クッション (☐ 滑り止め)	
☐ 高さ調整	☐ 駐車ブレーキ(標準) ☐ 延長	付属品	
☐ 背座角度調整	☐ 介助用ブレーキ	ベルト部品	
☐ 背折れ	☐ フットブレーキ	☐ 胸 ☐ 骨盤 ☐ 下腿 ☐ 足首	
フット・レッグサポート	駆動輪・主軸 [WC]	ヘッドサポート	
☐ 固定式(標準)	☐ 固定式(標準)	☐ 着脱式 ☐ マルチタイプ	
☐ 挙上式	☐ 着脱式	☐ 枕 (オーダー・レディ)	
☐ 着脱式	☐ 車軸位置調整	テーブル *カットアウトテーブル→p2	
☐ 開閉着脱式	☐ キャンバー角度変更	☐ テーブル (☐ 取付部品)	
☐ 挙上・開閉着脱式	☐ 片手駆動	転倒防止装置 *EWC は標準	
☐ レッグベルト全面張り	☐ レバー駆動	☐ パイプ ☐ キャスタ付 (☐ 折りたたみ)	
フットサポート [WC]	タイヤ	搭載台	
☐ セパレート式(標準)	☐ エア(標準)	☐ 呼吸器 ☐ 痰吸引 ☐ 携帯会話補助装置	
☐ セパレート式(二重折込式)	☐ ノーパンク	その他付属品 *パッド→p2	
☐ 中折式	キャスタ [WC]	☐ 車載用固定部品	
☐ 前後 ☐ 角度 ☐ 左右 調整	☐ ソリッド(標準)	☐ 杖たて	
----- (以下 WC・EWC 共通) -----	☐ 衝撃吸収タイプ	☐ 酸素ボンベ 固定装置	
☐ ヒールループ	ハンドリム (☐ 滑り止め) [WC]	☐ 栄養パック取付用ガードル架	
☐ アンクルストラップ	☐ プラスチック(標準)	☐ 点滴ポール	
☐ ステップカバー	☐ ステンレス	☐ 日よけ ☐ 雨よけ ☐ 泥よけ	
特記事項	☐ アルミ	☐ スポークカバー	
☐ オーダーシート	☐ ピッチ 30mm 超 ☐ 片手駆動	☐ リフレクタ	
		☐ 高さ調整式手押しハンドル	
		☐ ガスダンパー	
		☐	
処方	年 月 日	医師名	
処方	年 月 日	医師名	

操作ボックス ☐ 標準操作ボックス (標準)	シート [EWC] ☐ 板張り式(標準) *座板併用不可 ☐ スリング式 ☐ 張り調整式 ----- ☐ 奥行き調整	付属品 [EWC] ☐ パワーステアリング ☐ クライマーセット ☐ 手動スイングアーム ☐ 電動チンコントロール一式 ☐ 手動チンコントロール一式 ☐ 多用入力コントローラ ☐ 非常停止スイッチボックス ☐ 4方向スイッチボード ☐ 8方向スイッチボード ☐ 小型ジョイスティックボックス ☐ フォースセンサ ☐ 足用ボックス ☐ 簡易1入力 ☐ ジョイスティックノブ ☐ 小ノブ・球ノブ・こけしノブ ☐ Uノブ・十字ノブ・ペンノブ・ 太長ノブ・T字ノブ・極小ノブ
操作レバー ☐ 感度調整ジョイスティック(標準) ☐ ばね圧変更		フットサポート [EWC] ☐ セパレート式(標準) ☐ セパレート式(二重折込式) ----- ☐ 前後 ☐ 角度 ☐ 左右調整 ☐ 金属製フットサポート
スイッチ ☐ 標準スイッチ(標準) ☐ 延長(本)		ブレーキ [EWC] ☐ 電動 or 電磁ブレーキ(標準)
バッテリ 標準形 ☐ シールドバッテリー(標準) ☐ リチウムイオンバッテリー 簡易形 ☐ リチウムイオンバッテリー(標準) ☐ ニッケル水素バッテリー		キャスタ [EWC] ☐ エア(標準) ☐ ノーパンク

第3章 様式例集

令和 年 月 日 業者名

所在地

担当者名

氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)	
補聴器の調整データ	名 称	高度難聴用ポケット型 高度難聴用耳かけ型		
		重度難聴用ポケット型 重度難聴用耳かけ型 その他		
	メーカー	機種		
	装用耳	右 左 両耳		
	音量調整			
	音質調整			
	出力制限装置 (回路名)			
	耳栓サイズ			
	イヤモールド	有 無	形 状	
			材 質	
		ベント	有 (mm) 無	
※周波数毎の利得 (入力音圧に対する増幅量) 及び出力制限をご記載ください。				
	周波数	低周波数帯 (Hz)	低中周波数帯 (Hz)	高中周波数帯 (Hz)
	入力音圧	高周波数帯 (Hz)		
	低入力 (dB)			
	中入力 (dB)			
	高入力 (dB)			
	出力制限			

※トリマー式の場合は、設定位置を図及び数値で記載ください。
PC 調整機種の場合は、下表又は調整結果 (PC 画面) の添付でもかまいません。

-----貼り付け-----

補聴器周波数特性装置により、フィッティング調整した補聴器の性能特性を記録すること。

■ 90dB 入力最大出力音圧レベル周波数レスポンス曲線

使用者が調整できる利得調整器を利得最大の状態にして 90dB 入力で測定する。

■ 60～90dB 入力 - 出力周波数レスポンス曲線

使用者が調整できる利得調整器を推奨の音響利得状態にして入力音圧を 60dB から 10dB ステップで 90dB まで変化させてそれぞれ測定する。

補
聴
効
果

令和 年 月 日 市町村名

担当者名

氏 名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
取扱業者			
補聴器名称	ア 高度難聴用ポケット型 イ 高度難聴用耳かけ型 ウ 重度難聴用ポケット型 エ 重度難聴用耳かけ型		
装用耳	ア 右 イ 左 ウ 両耳		
聞こえ具合	ア ほとんど聞き誤りがない イ 時々聞き誤りがある ウ 聞き誤りが多い エ ほとんど聞き取れない ※1～2 m位の距離から話しかけたときの反応		
ハウリングの有無 (ピーピーなること)	ア 常に有 イ 時々有 ウ 無 ※補聴器装着状態で耳の横5 cmあたりに手をかざしてハウリング(補聴器の音が漏れてピーピーなる現象)の有無を確認 ※有の場合、どのような時になるか以下に理由を記載 (*1) (有の理由: _____)		
装着部位の痛み	ア 有 イ 無 ※痛みの部位はどこか以下に記載 (*1) (痛みの部位: _____)		
装着・操作能力	装着・・・ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 操作・・・ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 ※実際にその場で装着やボリューム・スイッチの操作をしてもらってください。		
常用しているか	ア 常に装用している イ 常には装用していない ※常用していない場合、以下に理由を記載 (理由: _____)		
満 足 度	ア 非常に満足 イ ほぼ満足 ウ やや不満 エ 非常に不満 ※やや不満・非常に不満の場合、以下に理由を記載 [理由: _____]		
備 考	*1 場合によっては再適合となるので、当センターへ相談をお願いします。 -----		

適合状態確認票 [肢体不自由]

お 名 前	様 大・昭・平 年 月 日生
担 当 業 者	
状 態 確 認 日	令和 年 月 日
確 認 者	()市・町・村 担当()

*補装具の種類	車椅子 電動車椅子 姿勢保持装置 下肢装具 靴型装具 義足 その他：
*要 否 判 定 日	令和 年 月 日 （ 新 調 ・ 修 理 ）
納 品 日	令和 年 月 日 頃
満 足 度	☐ 満足 ☐ 不満足 →理由
見 積 内 容 と の 比 較	合致 ・ 相違
写真資料 補装具本体のみと、使用している写真を前/横2種類以上、部品や機能も確認できるようにお願いします(別添も可能です)。	

適合状態確認票【重度障害者用意思伝達装置】

お 名 前	様 大・昭・平 年 月 日生		
担 当 業 者			
状態確認日	令和 年 月 日		
確 認 者	()市・町・村 担当者名()		
判 定 日	令和 年 月 日	納 品 日	令和 年 月 日
試 用 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
使用状況の 確 認	(1) <u>本体</u> ☐新規・☐修理・☐交換 (内容) 問題なく使用できている ☐はい・☐いいえ (2) <u>スイッチ</u> ☐新規・☐修理・☐変更 (名称) ①希望の文字を選択できる ☐はい(③へ)・☐時々タイミングがずれる(②へ) ②目的に合わせて文字を消したり、再選択ができる ☐はい・☐いいえ ③長文入力ができる ☐はい・☐いいえ (☐短文・☐単語) 例) 長文：手紙などの長い文章 短文：主語述語で表現する程度 ④実用コミュニケーション手段として使用できている ☐はい・☐練習中 (3) <u>固定台</u> ☐新規・☐修理・☐交換 使いやすく調整されている ☐はい・☐いいえ (4) <u>呼び鈴</u> いつでも人を呼ぶことができる ☐はい・☐いいえ (5) <u>その他</u> () 問題なく使用できている ☐はい・☐いいえ * 項目中「いいえ」がつく場合は、具体的内容を特記事項欄に記入		
満 足 度 ・ 特 記 事 項	満足している ☐ はい ☐ いいえ (理由を記入)		
見 積 内 容 と の 比 較	合致 ・ 相違		
確 認 資 料	使用していること及び処方物品が確認できる画像または動画(別添可能)		

電動車椅子調査票（１）										
氏 名				職業				市町村名		
面接年月日		令和 年 月 日		面接場所				面接者		
家 族 状 況	氏 名		生 年 月 日		性 別		続 柄		職 業	
※ 在宅の場合は、同居家族について記入してください。 施設入所の場合は、キーパーソンについて記入してください。										
日常生活の 自 立 状 況		※ 日常生活の状況を具体的に記入してください。日常生活において視野、視力、聴力に障害がある方 や歩行者として交通規則を理解していない場合には、その程度についても記入してください。								
		運転免許（ 有 無 ） 矯正視力 右（ ） 左（ ）								
使 用 目 的		※ 使用する目的や頻度等について記入してください。								
そ の 他		※ 電動車椅子を利用する上で参考となることを記載してください。								

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

住宅見取図	※ 主に使用する場所の見取図を記入してください。 保管場所と充電場所(コンセント位置) について記入してください。
道 路 環 境	※ 住宅や通常使用する場所周辺の道路環境について記入してください(住宅地図の写しでも可能です)。

電動車椅子調査票（2）							
氏 名				職 業			
市 町 村 名							
面 接 年 月 日		令和 年 月 日		面 接 場 所		面 接 者	
電動車椅子操作能力チェックリスト							
1 基本操作 （不確実な場合の程度）							
(1) 操作ノブ、ハンドル等の操作				可 否 ()			
(2) メインスイッチ、速度切り替えの操作				可 否 ()			
(3) スタート、ストップの操作				可 否 ()			
2 移動操作							
(1) 速度調節の操作				低 速	可 否 ()		
				高 速	可 否 ()		
(2) 直進走行の操作				直 進	可 否 ()		
				蒲 鉾	可 否 ()		
				片傾斜道路	可 否 ()		
(3) S字・クランク走行の操作				可 否 ()			
(4) 坂道走行の操作（特に下り坂での停止）				可 否 ()			
(5) 溝・段差乗越え走行の操作				可 否 ()			
(6) 旋回の操作				可 否 ()			
(7) 非常時に対応した操作				一 時 停 止	可 否 ()		
				後 退	可 否 ()		
(8) その他移動に必要な操作				右 折	可 否 ()		
				左 折	可 否 ()		
※ 操作能力の確認については、使用場面を想定した環境での確認をお勧めします。 ※ 操作確認の際は関係者同席の上、安全確保に充分お努めください。							
市町村の評価							
電動車椅子使用について（ ） 適当と判断される。 （ ） 条件付で適当と判断される。							

補装具訪問判定補助調査票

氏 名				市町村名				自家用車の有無		有・無	
家族状況	氏 名	生年月日	続 柄	職 業	健 康 状 況						
身体状況	・首のすわり できる できない ・寝返り できる できない ・座位（背もたれあり） できる できない ・座位（背もたれなし） できる できない 特記事項										
A D L	・食事 全介助 一部介助 自立（スプーン・はし） ・排泄 おむつ ベッド上 トイレ（介助・自立） ・更衣 全介助 一部介助 自立 ・入浴 清拭 シャワー 洗体介助 自立										
来所できない理由											
記録者								年 月 日記録			

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

特 例 補 装 具 理 由 書

医師又は担当医療専門職が記載してください

障害者（児）氏名		補装具の名称・型式等	
障害者・児の状況	身体の状況		
	生活の状況（家庭生活・社会生活）		
当該者（児）について、基準内補装具の型式では適合しない理由、当該（特例）補装具を使用することによる効用等を具体的に御記入ください。			

令和 年 月 日
所 属
職・氏名

取 下 書

令和 年 第 月 号 日

障害者相談センター所長 様

長

令和 年 月 日付で提出した下記の者に対する判定依頼を取下げます。

記

ふ り が な 氏 名	大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）
補 装 具 種 目 名	・ 車椅子 ・ 電動車椅子 ・ 姿勢保持装置 ・ 義肢 ・ 装具 ・ 補聴器 ・ 重度障害者用意思伝達装置 ・ その他 _____

修理申請チェック票（医療保険等用）

1. 医療保険等で製作した装具・義肢の情報

- 1) 製作日：_____年_____月頃
- 2) 施設名：_____
- 3) 業者名：_____

2. 修理内容

- 1) 種 目： 装具 ・ 義肢
- 2) 業者名： 同上 ・ (_____)
- 3) 修理箇所チェック表

装 具		義 肢	
☐	マジックバンドの交換	☐	義足懸垂用部品の交換
☐	内張りの張り替え	☐	外装の交換
☐	滑り止めの張り替え	☐	断端袋
☐	足底（靴底）ゴムの交換	☐	

*上記項目以外の修理を希望する場合は、障相センターへご相談ください

3. 専門職からの聴取・確認

- 1) 聴 取 日：_____年_____月_____日
- 2) 聴取先情報
- ・ 施設名：_____
 - ・ 職 種： 医師・理学療法士・義肢装具士・(_____)

3) 確認項目

以下の項目で【いいえ】がある場合は、障相センターへご相談ください。

- ・ 製作時と身体状況の変化はないですか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在まで継続して使用していますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の装具(義肢)は身体に合っていますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の型式で満足していますか？ [はい ・ いいえ]

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

修理結果連絡票（医療保険等用）

以下の内容について、修理しましたので報告します。

利用者情報

（ふりがな）

1) 氏 名： _____

2) 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生

3) 手帳番号： _____ 第 _____ 号

修理内容

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底（靴底）ゴムの交換		

報 告 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施機関： _____ 市・町・村

担 当 者： _____

補聴器差額自己負担要望書（本人用）

- 総合支援法対応補聴器と市販補聴器を試聴したうえで、差額自己負担により以下の補聴器の購入を希望します。

メーカー：_____ 機種名：_____ 金額：_____

希望する理由：

- ☐ 衝撃音の抑制 ☐ 騒音の抑制 ☐ 調整幅の拡充 ☐ 防水
☐ ワイヤレス通信 ☐ 聞き取りの向上 ☐ 小型なもの ☐ 充電式
☐ その他：_____

- 以下の項目について確認をしました。

- ☐ 総合支援法対応補聴器と希望する補聴器の違いを業者から説明され理解している。
☐ 補装具費の支給額を超えた額を自己負担して希望する補聴器を購入する。
 ※ おおよその計算式：希望補聴器の価格－支給額（基準額のうち公費負担額）＝支払金額
☐ 耐用年数（補聴器の使用できる年数：おおよそ5年）内は継続して使用する。
 ※ 耐用年数内は自己都合による買い替えに対して補装具費の支給はできない。
☐ 修理に際して、修理基準額を超えた額及び修理基準にない項目は自己負担する。

令和_____年_____月_____日 氏名_____

補聴器試聴結果（業者用）

- 以下のとおり、総合支援法対応補聴器とご本人の希望する補聴器を試聴しました。
また、機能、操作性、金額等の違いを説明し、ご本人からご理解いただきました。

総合支援法対応補聴器 メーカー：_____ 機種名：_____

ご本人の希望する補聴器 メーカー：_____ 機種名：_____

※ 機能、金額等がわかる箇所のカタログ（コピー可）を添付してください。

※ 総合支援法対応補聴器の構造（最大出力、適応利得等）を下回る機種は認められません。

上記の機種の主な相違点：

※ 機能等の違い（調整可能分割周波数帯の違いや充電式の有無等）があればご記載ください。

※ 音場聴力、語音明瞭度等を測定した場合は添付してください。

令和_____年_____月_____日 販売店_____

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名		年 月 日 生 (歳)	
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※障害者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で定める特殊の疾病（難病等）に該当（ ☐ する・ ☐ しない）			
障害・疾患等の状況 （注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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、迅速な手続が必要な場合は、迅速手続が必要な理由についても記載する。）		進行性疾患： ☐ 該当 ☐ 非該当 支給決定手続： ☐ 迅速 ☐ 一般	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称		
	処 方（注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。）		
	使用効果見込み（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 診療担当科名 作成医師氏名			