

姿勢保持装置意見書

(※令和6年度より「座位保持装置」から名称を変更)

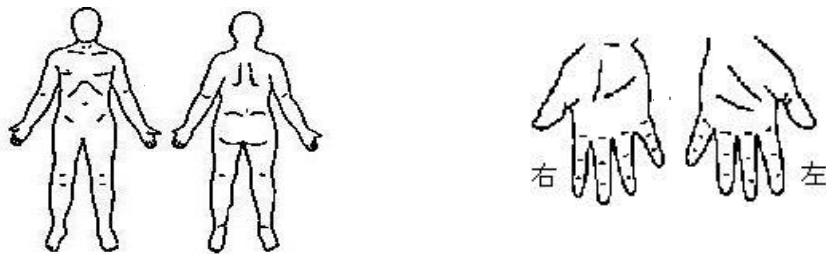
(令和6年7月改訂)

氏名		生年月日	年	月	日 (歳)
住所					
障害名		等級			級

1 神経学的所見その他の機能障がい所見 (該当するものを○でかこむこと)

- (1) 原因となった 交通・労災・疾病・先天性・戦傷
 疾病・外傷名 戦災・その他 ()
 発生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日頃
- (2) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他 ()
- (3) 運動障がい: (下記図示): 弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・振戦
 運動失調・その他 ()
- (4) 感覚障がい: (下記図示): 感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚・その他 ()・なし
- (5) 排尿・排便機能障がい: あり・なし (6) 言語機能障がい: 失語・構音障がい・なし
- (7) 聴力障がい: あり・なし (8) 視力障がい: あり・なし
- (9) 心肺機能障がい: あり・なし (10) 知的障がい: あり・なし

参考図示



運動機能障がい 感覚障がい 切離断 褥瘡 拘縮 × 変形
 握力 右 () kg 左 () kg 体重 () kg 身長 () cm

参考となる経過・現症 (腱反射・病的反射・筋萎縮計測・その他)

その他の医学的所見

日常生活動作状況（自立－○ 半介助－△ 全介助又は不能－×）

（ ）の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	
足をなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
椅子に腰かける		ブラシで歯をみがく（自助具）	
立つ（手すり、壁、松葉杖） （義肢、装具）		顔を洗いタオルで拭く	
		タオルを絞る	
室内を（壁、杖、松葉杖） 移動する（義肢、装具、車いす）		背中を洗う	
		食事をする（スプーン、箸、自助具）	
屋外を移動する（家の周辺程度） （杖、松葉杖、車いす）		コップで水を飲む	
		洋式便器にすわる	
二階まで階段を上がって下りる （手すり、杖、松葉杖）		排泄のあと始末をする	
		公共の乗物を利用する	

2 生活地

- (1) 在宅
- (2) 施設入所中（施設名 _____）
- (3) 施設又は作業所等に通所中（施設名 _____ 週 _____ 回）
- (4) その他（ _____ ）

3 姿勢保持装置の使用目的

- (1) 使用目的：常時多目的・在宅用・職業用・就学用・その他（ _____ ）
※具体的に記載すること。使用目的が限定される場合は、必要な理由を詳細に記載すること。

- (2) 姿勢保持装置の使用歴：（有・無）（ _____ 型）
（昭和・平成・令和 _____ 年頃～）

4 姿勢保持装置の使用効果及び車椅子使用が困難な理由

※具体的に記載すること。借受けが必要な場合は、その理由、期間及び効果が明確となるよう記載すること。

5 来所判定が困難な理由

※具体的に記載すること。

年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名 医師名 （記名押印又は署名）	製作予定事業者名
--	----------

姿勢保持装置処方箋 (新規・再支給・借受け・修理) (令和6年7月改訂)

市町村名		氏名		生年月日	年	月	日 (歳)
基本価格	身体部位	頭・頸部	上肢(右・左)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿・足部(右・左)	
	採型						
	採寸						
製作要素価格	支持部	頭部	頭部支え			フレックス構造	
		上肢	上腕支え(右・左)	前腕・手部支え(右・左)		フレックス構造	
		体幹部	平面形状型	モールド型	張り調節型	フレックス構造	
		骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型	張り調節型	フレックス構造	
		下腿部	下腿支え(右・左)			フレックス構造	
		足部	足台(右・左)			フレックス構造	
	結支持部の連	頸部	固定×()				
		腰部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
		膝部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
		足部(片側)	固定×()	遊動×()	角度調整用部品()		
構造フレーム	木製	金属製	完成用部品()				
	車椅子()		電動車椅子()				
	ティルト機構	昇降機構	角度調整用部品()				
付属品	カットアウトテーブル	テーブル	テーブル取付部品×()	クッション張り	(有り・ なし)		
	上肢保持部品	アームサポート(右・左)	肘パッド (右・左)				
		縦型グリップ (右・左)	横型グリップ (右・左)				
	体幹保持部品 (パッド)	頭頸部	肩(右・左)	胸	胸受けロール	体幹(右・左)	腰部
	骨盤保持部品 (パッド)	骨盤(右・左)		殿部			
	下肢保持部品 (パッド)	内転防止	外転防止(右・左)	膝(右・左)	下腿保持(右・左)	足部保持(右・左)	
	ベルト部品	肩(右・左)	腕(右・左)	手首(右・左)	胸	骨盤	股
		大腿(右・左)	膝(右・左)	下腿(右・左)	足首(右・左)		
	支持部カバー	頭部	上肢(右・左)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿部(右・左)	足部(右・左)
		脱着	脱着	脱着	脱着	脱着	脱着
	内張り	アームサポート(右・左)			テーブル		
	体圧分散補助素材	頭部	上肢(右・左)	体幹部	骨盤・大腿部	下腿部(右・左)	足部(右・左)
キャスト	標準×()		多機能×()				
その他	介助用グリップ(右・左)		ストッパー		高さ調整用台座		
調整機構	高さ調節	頭部	体幹部	骨盤・大腿部	足部(右・左)	アームサポート(右・左)	
	前後調節	頭部	骨盤・大腿部		足部(右・左)		
	角度調節	頭部	テーブル				
	脱着機構	体幹パッド(右・左)		骨盤パッド(右・左)		膝パッド(右・左)	
		アームサポート(右・左)		内転防止パッド			
開閉機構	アームサポート(右・左)		足部(右・左)				
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。							
(借受けの希望 有 ・ 無)							

- 採型・採寸は製作に必要な身体部位の区分毎に○をつけること。
- 製作要素、付属品、調節機構等の必要部品に○をつけること。

<完成用部品>

※ 必要な完成用部品と必要理由を、詳細に記載してください。
 (カタログに記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記入すること。)
 別紙に記載する場合は、必ず医師の署名をお願いします。

部品名	特徴	必要理由

<図 示> ※ 必ず記載すること。

年 月 日	製作予定事業者名	
医療機関・診療科名	(担当者名 :)	
医師名 (記名押印又は署名)	種目名称別コード	

姿勢保持装置判定依頼調査書

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 (歳)
------------	---

1 現在使用中の補装具について

①現在使用中の補装具： (有 ・ 無)

座位保持装置・座位保持椅子・車椅子・電動車椅子・歩行器

※上記の補装具の使用状況（記載例に沿って）

種目	支給年月日	使用場所	使用目的
A 【記載例】 座位保持装置 (構造フレーム：車椅子 テイルト式手押し型)	H28年1月27日	・ 自宅 ・ 生活介護業所「〇〇」	・ 移動や食事等生活全般

2 活動状況について

①事業所の利用があれば、名称・形態、頻度、時間、交通手段、活動内容等。

(例)：生活介護事業所「〇〇」へ週5回通所中。
送迎車があり、座位保持装置ごと乗り込む。
作業内容はパソコン作業で、座位保持装置に乗ったまま作業をする。)

②①以外の活動状況について（就労・社会参加・通院・買い物等の有無や頻度）

3 今回の申請理由について

4 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承
(済 ・ 未)

調査日 年 月 日	市町村調査者氏名：
--------------------------------------	-----------