

高知県補装具費支給に係る判定事務取扱要領

1 目的

身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者及び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第1条に規定する特殊な疾病に該当する難病患者等に対する補装具費の支給に係る判定事務（以下「判定事務」という。）については、補装具費支給事務取扱指針（平成30年3月23日付け障発0323第31号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「指針」という。）に定めるもののほか、この要領に定めるところによることとし、判定事務の適正化及び迅速化に役立てることを目的とする。

2 要否判定・判断の区分

(1) 高知県療育福祉センター（以下「センター」という。）の医学的判定を必要とする補装具

ア 義肢、装具、姿勢保持装置、電動車椅子、補聴器、車椅子（レディメイドを除く。）および重度障害者用意思伝達装置に係る新規支給

イ 電動車椅子に係る再支給

ウ アのうち、障害状況に変化のある場合、身体障害者本人が処方内容の変更を希望する場合、又は、それまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合の再支給及び修理（軽微なものを除く。）

(2) センターの医学的判定を必要としない補装具

ア 指針の別表2で規定された医師が作成した補装具費支給意見書（以下「意見書」という。）により市町村が判断できる補装具

(ア) 義眼・眼鏡・車椅子（レディメイド）・歩行器に係る新規支給、再支給及び修理

(イ) 人工内耳（人工内耳用音声信号処理装置の修理に限る）

(ウ) (ア)のうち、障害状況に変化のある場合、身体障害者本人が処方内容の変更を希望する場合、又は、それまで使用していた補装具から性能等が変更されている場合の再支給及び修理（軽微なものを除く。）

イ 申請書等により市町村が判断できる補装具

(ア) 視覚障害者安全つえ及び歩行補助つえの新規支給、再支給又は修理

(イ) 全ての補装具に係る医学的所見を必要としない再支給及び修理（人工内耳に係る人工内耳用音声信号処理装置修理を含む）

3 要否判定・判断の方法

(1) 要否判定

上記2の(1)に係る要否判定は、来所若しくは巡回相談、補装具判定医師における医学的判定（以下「直接判定」という。）又は意見書による医学的判定（以下「書類判定」という。）により、次のア又はイの実施区分によりセンターが行う。

ア 直接判定を行う補装具

義肢、装具、姿勢保持装置、電動車椅子

イ 原則として書類判定を行うが、申請者が希望する場合に直接判定を行う補装具

補聴器、車椅子（レディメイドを除く。）、重度障害者用意思伝達装置及び借受け対象種目

(2) 要否判断

ア 上記2の(2)のアに規定する補装具については、意見書により市町村が要否を判断すること。なお、市町村での判断が困難な場合、又は申請者がセンターの医学的判定を希望する場合は、センターに判定を依頼することができる。

イ 上記2の(2)のイに規定する補装具については、申請者の障害程度や生活状況を確認のうえ、市町村が要否の判断し、支給決定を行うこと。

4 判定手続

(1) 判定依頼

市町村は、センターの判定を必要とする補装具費支給の申請があったときは、必要に応じて、次の書類をセンターと判定医療機関へ提出すること。

ア 判定依頼書

イ 調査書等

(ア) 義肢・装具 (様式1)

(イ) 姿勢保持装置、電動車椅子、車椅子 (様式2)

(ウ) 電動車椅子 (様式3)

(エ) 補聴器 (様式4)

(オ) 重度障害者用意思伝達装置 (様式5)

(カ) 人工内耳用音声信号処理装置 確認票 (様式6)

ウ 意見書 (書類判定が必要な場合に限る。)

(ア) 補聴器 (様式7)

(イ) 車椅子 (様式8)

(ウ) 重度障害者用意思伝達装置 (様式9)

(エ) その他の種目 (様式10)

エ 評価票 (様式11)

オ 見積書

(2) 要否判定は、センターが実施する。

(3) 判定結果は、センターから市町村に対して、補装具判定書により通知する。

(4) 適合判定・確認

製作又は修理した補装具の適合判定・確認は、指針第2の5の規定に準拠し次のア、イの区分により実施する。

ア 直接判定で製作、再支給又は修理をした補装具は、センターが適合判定を行う。

イ 書類判定で製作、再支給又は修理をした補装具は、意見書作成医師が適合判定を行う。

なお、適合判定結果を次の書類に記載し、市町村へ提出すること。市町村は、書類をセンターへ提出すること。

(ア) 補聴器 (様式12)

(イ) 車椅子 (レディメイドを除く。) (様式13)

(ウ) 重度障害者用意思伝達装置 (様式14)

(エ) その他の補装具 (様式15)

ウ 市町村が要否判断をした補装具は、市町村が確認をすること。

5 特例補装具 (指針第2の1の(4)に規定する補装具) の判定手続

判定手続は、上記4に準じて行う。

6 借受け費の判定等

借受け費の判定等については、指針に定めるもののほか、上記4及び5を準用し、以下により行う。

(1) 対象種目

義肢・装具・姿勢保持装置の完成用部品、重度障害者用意思伝達装置の本体、歩行器、車載用姿勢保持装置

(2) 要否判定等

ア 歩行器及び車載用姿勢保持装置については、意見書により市町村が要否の判断を行う。

イ 重度障害者用意思伝達装置の本体については、書類判定により要否の判断を行う。

ウ その他については、直接判定により要否の判断を行う。

(3) 判定手続

上記第4に準じて判定手続を行う。

7 判定依頼の取下げ

市町村は、申請者が申請を取り下げるなどの理由により判定を依頼する必要がなくなった場合、判定依頼取下書（様式16）を提出すること。

8 身体障害児に係る技術的助言

市町村は、センターの技術的助言を必要とする場合は、次の書類をセンターへ提出すること。

- (1) 技術的助言依頼書
- (2) 調査書（上記4の（1）に準じて行う）
- (3) 意見書（様式9）
- (4) 評価票（上記4の（1）に準じて行う）

9 難病患者等の判定手続

上記4及び8に準じて行うこととする。

10 評価票

(1) 目的

医師、補装具事業者、市町村及びセンターが、補装具製作を検討するために必要な身体機能及び使用環境等の情報を補完することを目的として、作成を依頼する。

(2) 作成を依頼する補装具

ア 姿勢保持装置、電動車椅子、車椅子（レディメイドを除く。）で、センターの医学的判定が必要な場合。

イ ア以外の場合で、医師又は市町村が提出を依頼した場合。

附則

この要領は、令和8年2月9日から施行する。

(義肢・装具)調査書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
申請者情報		
障害発症時期： 年 月頃		
原因となった疾病・外傷名：		
最終の入院治療歴： 年 月頃退院 病院名()		
現在のリハビリテーション治療：		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (PT ・ OT ・ ST)		
上記装具の現在の所持状況		
<input type="checkbox"/> 持っている →(年 月作製)		
利用した制度		
<input type="checkbox"/> 身障福祉 <input type="checkbox"/> 医療保険 (治療用装具等) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他()		
今回判定依頼に至った理由		
<input type="checkbox"/> 破損 (具体的状況)		
※ 修理不可能であること確認のこと		
<input type="checkbox"/> 身体の変化 (具体的状況)		
<input type="checkbox"/> 環境の変化 (具体的状況)		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 持っていない		
障害福祉サービス等の利用状況		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
本人の居住環境		
<input type="checkbox"/> 在宅		
<input type="checkbox"/> 施設：施設名 () 年 月 日より入所中 (退所予定 年 月)		
<input type="checkbox"/> 入院：医療機関名() 年 月 日より入院中 (退院予定 年 月)		
入院理由 ()		
義肢・装具の使用目的		
<input type="checkbox"/> 室内で使用： 自宅・施設		
<input type="checkbox"/> 屋外で使用： 通院・散歩・買い物・通所・その他()		
使用頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回		
1回の使用時間 <input type="checkbox"/> ほぼ終日 <input type="checkbox"/> () 時間程度		
(特記事項)		
就労状況		
<input type="checkbox"/> 就労している ()		
<input type="checkbox"/> 就労していない		
その他特記事項		
年 月 日 市町村担当者 職・氏名		

(姿勢保持装置・電動車椅子・車椅子)調査書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
申請者情報		
障害発症時期： 年 月頃		
原因となった疾病・外傷名：		
最終の入院治療歴： 年 月頃退院 病院名()		
現在のリハビリテーション治療：		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (PT・OT・ST)		
申請に至った理由		
1 本人の居住環境		
(1) 生活場所		
<input type="checkbox"/> 在宅		
<input type="checkbox"/> 施設：施設名() 年 月 日より入所中		
※ 備品では対応できない理由(記入しきれない場合は独自の様式添付可)		
<input type="checkbox"/> 入院：退院予定日(年 月 日)		
医療機関名()		
入院理由()		
(2) 生活状況		
ア 世帯構成(独居・配偶者・息子・娘・父・母・その他：)		
イ 他の使用補装具(下肢装具・座位保持装置・杖・車椅子・電動車椅子・その他：)		
2 公的サービスの利用状況		
(1) 介護保険 <input type="checkbox"/> 対象者外		
<input type="checkbox"/> 対象 (利用中のサービス：)		
※ 対象者の場合、障害者総合支援法を利用する理由(記入しきれない場合は独自の様式で添付可)		
()		
(2) 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 利用なし ()		
<input type="checkbox"/> 利用あり ()		
3 就労状況		
<input type="checkbox"/> 就労している ()		
<input type="checkbox"/> 就労していない		
4 その他特記事項		
()		
年 月 日 市町村担当者 職・氏名		

(電動車椅子環境)調査書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
<p>1 本人の希望する電動車椅子の種類(○で囲む) 普通型 (4.5km/h ・ 6km/h) 手動兼用型(→ 切替式 ・ アシスト式) リクライニング式普通型 電動リクライニング式普通型 電動リフト式普通型 電動ティルト式普通型 電動リクライニング・ティルト式普通型 ※希望している製品(なし・あり →メーカー: 型式:)</p> <p>2 使用環境について (1)改善できない10度以上の坂道の連続 (なし ・ あり) (2)改善できない20度以上の傾斜の連続 (なし ・ あり) (3)改善できない25mmの段差 (なし ・ あり) (4)回避できない1m未満の道路 (なし ・ あり) (5)回避できない0.9メートル以下の直角路 (なし ・ あり)</p> <p>3 使用場所について (1)屋内 (全て使用可能 ・ 一部使用可能 ・ 使用不可) (2)屋外 ア 家 → 屋外への段差 (なし ・ あり → cm) イ 道路の舗装 (なし ・ あり) ウ 歩車道の区分 (なし ・ あり) エ 交通信号 (なし ・ あり) オ 交通量 (具体的に記入→)</p> <p>4 保管場所 あり(家の中 ・ 車庫 ・ 納屋 ・ その他→) なし(整備中 ・ 検討中 ・ 設置予定なし)</p> <p>5 本人の能力 (1)手動車椅子歴 (なし ・ あり) (2)電動車椅子歴 (なし ・ あり) (3)免許関係 (なし ・ あり → 自動車 ・ 自動二輪) (4)操作能力 (単独で可能 ・ 見守り必要) (5)保守能力 (単独で可能 ・ 一部支援要 ・ 自分では全く困難)</p> <p>6 その他特記事項 ()</p>		
年 月 日 市町村担当者 職・氏名		

※ 家屋や周辺環境を調査した写真や評価を添付すること。

補聴器調査書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
<p>1 本人の生活状況</p> <p>(1)生活場所</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅</p> <p><input type="checkbox"/> 施設：施設名() 年 月 日より入所中</p> <p><input type="checkbox"/> 入院：退院予定日(年 月 日)</p> <p>(2)生活状況</p> <p>ア 就労について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (→具体的状況を記入)</p> <p>イ 教育について <input type="checkbox"/> 現在は教育機関に在籍していない <input type="checkbox"/> 就学中(→具体的状況を記入)</p> <p>2 補聴器の型式について本人の希望とその理由</p> <p><input type="checkbox"/> ポケット型()</p> <p><input type="checkbox"/> 耳かけ型 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 耳あな型 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 骨伝導式 ()</p> <p>希望理由 ※ポケット型、耳かけ型以外の型式は要件があるため希望理由、生活形態など詳しく記入してください。</p> <p>3 上記本人の希望に関して市町村の意見</p> <p><input type="checkbox"/> 妥当である</p> <p><input type="checkbox"/> 妥当でない → 本人に制度(型や個数の制限)について説明のこと</p> <p>補足 ()</p> <p>4 その他特記事項</p> <p>()</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日 市町村担当者 職・氏名</p>		

意思伝達装置調査書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
<p>1 本人の居住環境</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅</p> <p><input type="checkbox"/> 施設：施設名() 年 月 日より入所中</p> <p><input type="checkbox"/> 入院：退院予定(無 ・ 有 →退院予定日 年 月 日)</p> <p style="padding-left: 40px;">医療機関名()</p> <p>2 生活状況</p> <p>ア 世帯構成(独居 ・ 配偶者 ・ 息子 ・ 娘 ・ 父 ・ 母 ・ その他)</p> <p>イ 他の使用補装具等(姿勢保持装置 ・ 車いす ・ 電動車いす ・ 携帯用会話補助装置 ・ その他)</p> <p>ウ 障害福祉サービスの利用</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()</p> <p>エ その他の障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()</p> <p>3 重度障害者用意思伝達装置について</p> <p>ア 使用目的：意思の伝達 ・ その他()</p> <p>イ 使用状況：使用中 ・ 試用中(年 月 日～ 年 月 日) ・ 未使用</p> <p>ウ 使用場所：自宅 ・ 病院又は施設 ・ その他()</p> <p>エ 本人の操作能力：<u>独力で可能</u> ・ <u>支援が必要</u> ・ 不可能</p> <p style="padding-left: 40px;">必要な支援()</p> <p>※ 操作部位 [上肢 (左・右) ・ 手指 (左・右) ・ 下肢 (左・右) ・ 足部 (左・右) ・ 口唇 ・ 眼瞼 ・ 前額部 ・ その他()]</p> <p>オ 装置使用時の協力者：配偶者 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 子 ・ ヘルパー ・ その他()</p> <p>カ 支援に関わる機関および専門職等：無 ・ 有</p> <p>→機関名：_____ Tel _____ 職種() 氏名_____</p> <p>4 重度障害者用意思伝達装置のない状況下で困っていること(具体的に記入)</p> <p style="text-align: center;">()</p>		
<p>市町村担当者の意見</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 市町村担当者 職 ・ 氏名</p>		

※ 装置や付属品、家屋環境の調査した写真や評価を添付すること。

人工内耳用音声信号処理装置 確認票

障害者総合支援法による補装具費支給にあたり、下記の内容について、確認しました。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科

作成医師氏名

記

氏 名	年 月 日生(歳)
住 所	TEL() ー
障 害 名 (障害者手帳に記載されている障害名を記入してください。)	
(種 級)	
障害者総合支援法施行令に定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する・□しない) 疾患名()	
【使用している人工内耳用音声信号処理装置】	
メーカー名	機 種 名
【修理内容】	
<input type="checkbox"/> 人工内耳用音声信号処理装置(標準型や残存聴力活用型) (※人工内耳用インプラント、人工内耳用ヘッドセット(マイクロホン・送信コイル・送信ケーブル・マグネット・接続ケーブル等、人工内耳用音声信号処理装置の電池ではない)	
【確認項目】	
以下に該当する場合は□に☑を入れてください。	
<input type="checkbox"/> 該当の人工内耳音声信号処理装置はメーカーの保証期間外となっている。	
<input type="checkbox"/> 人工内耳音声信号処理装置の交換では無く、修理が必要である。	
<input type="checkbox"/> 人工内耳メーカーと提携する任意保険(動産保険)に加入していない。	
【備考】	

補装具費支給意見書(補聴器用)

氏 名	年 月 日生(歳)
住 所	TEL() -
障 害 名 (障害者手帳に記載されている障害名を記入してください。)	
(種 級)	
障害者総合支援法施行令に定める特殊の疾病(難病等)に該当 (□する・□しない) 疾患名()	
検査音 : 純音・震音	検査機種
医学的所見 (障害名が語音明瞭度による場合、裸耳と補聴器装着時の検査比較データ添付又は検査比較の数値について具体的に記入してください。)	
処方補装具(補聴器)	<input type="checkbox"/> 高度難聴用(装着する耳の聴力レベルが80dB未満) <input type="checkbox"/> 重度難聴用(装着する耳の聴力レベルが80dB以上) <input type="checkbox"/> 耳あな型(重度難聴用はありません) / 必要な医学的理由() <input type="checkbox"/> レディメイド <input type="checkbox"/> オーダーメイド / 必要な医学的理由() <input type="checkbox"/> 骨導式(原則として、伝音性難聴でイヤモールド等の使用が困難な方が対象です) <input type="checkbox"/> ポケット型 <input type="checkbox"/> 眼鏡型 <input type="checkbox"/> イヤモールド <input type="checkbox"/> その他付属品等()
使用上の留意点	
上記のとおり補装具の必要を認める。 年 月 日 医療機関名 所在地 診療担当科 医師名	

補装具費支給意見書(補聴器用)作成上の留意点

この意見書は、障害者総合支援法による補装具費支給(補聴器)について、判定のための基礎資料にさせていただきます。記入については、下記を参照してください。

障害名

身体障害者手帳の標記どおりに御記入ください。

聴力レベル

補聴器の調節、製品検査の目安になりますので、正確に記入してください。

医学的所見

- (1)障害名が語音明瞭度による場合、裸耳と補聴器装用時の検査比較データ添付又は比較検査数値について具体的に記入してください。
- (2)中耳炎等疾病が見られる場合、その旨記入をお願いします。
- (3)その他、留意すべき事項もこの欄をご利用ください。

補聴器

高度難聴用・重度難聴用

装用する方の聴力レベルによって決まります。

※ 重度難聴用は聴力レベル80dB以上が目安となっています。

ポケット型・耳かけ型・耳あな型・骨導式

職業・更生上の理由、障害状況などによって決まります。

(参考) 支給対象者

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。特に、オーダーメイドは、障害の状況、耳の形状等レディメイドで対応不可能な者。
骨導式	原則として、伝音性難聴であって耳漏が著しい者又は外耳閉鎖症等を有する者で、かつ耳栓又はイヤモールドの使用が困難な者。

イヤモールド

既製の耳栓ではハウリングが発生する等、必要な場合に処方をお願いします。

その他付属品等

FM型の修理や眼鏡型が必要な場合は記入してください。

使用上の留意点

補聴器の装着側等、処方に関して特記事項がある場合、その内容を記入ください。

※ 不明な点はお問い合わせください。

高知県立療育福祉センター 総務課

身体障害者更生相談担当

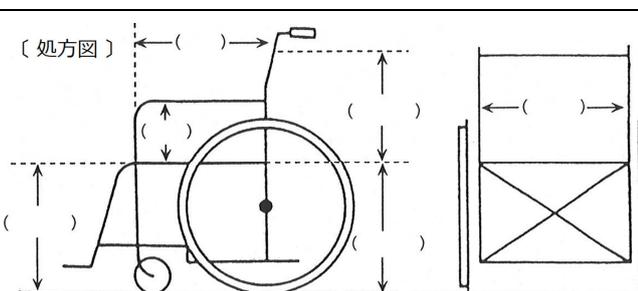
〒780-8081

高知市若草町10-5

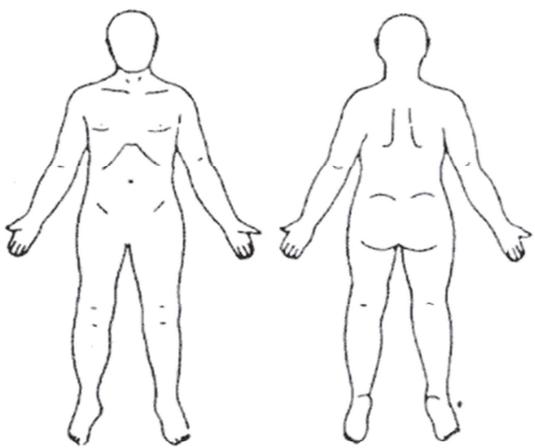
TEL 088-844-4477

FAX 088-844-4478

補装具費支給意見書(車椅子用)

氏名		年 月 日 (歳)
住所		
疾患・外傷名	障害者総合支援法施行令に定める特殊の疾病(難病等)に該当 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	
◆障害・疾患等の状況		
◆処方 <input type="checkbox"/> モジュラー(標準) <input type="checkbox"/> オーダーメイド <input type="checkbox"/> レディメイド (製品名) <input type="checkbox"/> 自走用 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> 後方大車輪(標準) <input type="checkbox"/> 前方大車輪 <input type="checkbox"/> 6輪構造 <input type="checkbox"/> リクライニング機構 <input type="checkbox"/> ティルト機構 <input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング機構 <input type="checkbox"/> リフト機構 ◇その他の構造 ()		
◆ 構造部品 (特に指定のない場合は標準式) [シート] <input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> 板張り式 <input type="checkbox"/> 奥行き調整構造 [バックサポート] <input type="checkbox"/> スリング式(標準) <input type="checkbox"/> 張り調整式 <input type="checkbox"/> ワイドフレーム <input type="checkbox"/> バックサポート延長 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 背座角度調整 <input type="checkbox"/> 背折れ構造 [アームサポート] <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 跳ね上げ式 <input type="checkbox"/> 脱着式 <input type="checkbox"/> 独立型 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 拡幅 <input type="checkbox"/> 延長 [レッグサポート] <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 挙上式 <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 挙上・開閉着脱式 <input type="checkbox"/> 全面張り [フットサポート] <input type="checkbox"/> セパレート式(標準) <input type="checkbox"/> セパレート式(二重折込式) <input type="checkbox"/> 中折式 <input type="checkbox"/> 前後調整 <input type="checkbox"/> 角度調整 <input type="checkbox"/> 左右調整 [ハンドリム] <input type="checkbox"/> プラスチック(標準) <input type="checkbox"/> ステンレス <input type="checkbox"/> アルミ <input type="checkbox"/> ピッチ 30mm 以上 <input type="checkbox"/> 片手駆動 [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 [駆動輪] <input type="checkbox"/> 固定式(標準) <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> 車軸位置調整構造 <input type="checkbox"/> キャンバー角度調整 <input type="checkbox"/> 片手駆動構造 <input type="checkbox"/> レバー駆動構造 [キャスター] <input type="checkbox"/> ソリッド <input type="checkbox"/> 衝撃吸収タイプ [キャスター] <input type="checkbox"/> エア <input type="checkbox"/> ノーパンク [クッション] <input type="checkbox"/> 平面形状型 <input type="checkbox"/> モールド型 <input type="checkbox"/> 滑り止め加工 <input type="checkbox"/> 防水加工 <input type="checkbox"/> ゲル素材 <input type="checkbox"/> 多層構造 <input type="checkbox"/> 立体編物 [ヘッドサポート] <input type="checkbox"/> 着脱式 <input type="checkbox"/> マルチタイプ <input type="checkbox"/> オーダー枕 [ベルト] <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> その他() [その他] ()		
付属品 <input type="checkbox"/> スポークカバー <input type="checkbox"/> 泥除け <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> 搭載台 <input type="checkbox"/> 転倒防止装置 (<input type="checkbox"/> パイプ <input type="checkbox"/> キャスタ <input type="checkbox"/> 折りたたみ) <input type="checkbox"/> 杖たて(一本杖) ___本 <input type="checkbox"/> 杖たて(多点杖) ___本	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">(処方図)</div>  </div>	
◆使用効果見込み		
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
(身障法 15 条指定医師、障害者総合支援法第 59 条第 1 項の指定医療機関、難病医療拠点病院医師又は難病協力医療機関医師であること)		

補装具費支給意見書(意思伝達装置用)

氏名		年 月 日 (歳)
住所		
障害名	(種 級)	
疾患名	※障害者総合支援法施行令で定める特殊の疾病(難病)に該当(口する・口しない) 疾患名()	
身体状況・障害・疾患等の状況	<p>1 経過</p> <p>2 現症・障害の総合所見 ※ 特記事項</p> <p style="text-align: center;">参 考 図 示</p> <div style="text-align: center;">  <p>×変形 切断 感覚障害 運動障害</p> <p>(注) 関係ない部分は記入不要</p> </div> <p>ROM制限 無・有(部位・程度)</p> <p>食事 (自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>排泄 (自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>体位変換(自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>座位保持(自立・修正自立・一部介助・全介助)</p> <p>3 失語 無・有(種類: 程度:)</p> <p>4 構音障害 無・有(程度:)</p> <p>5 視覚障害 無・有(程度:)</p> <p>6 聴覚障害 無・有(程度:)</p> <p>7 人工呼吸器の使用 無・有 使用時間(常時・ 時間/日・ 夜間のみ) 使用開始(年 月 日より)</p> <p>8 気管切開 無・有 (年 月 日より)</p> <p>9 認知機能 (問題なし・支援が必要・判断不可)</p>	

<p>本人の意思伝達能力の状況</p>	<p>1 音声言語での意思疎通 (可能・音声言語のみでは困難で書字等の方法と併用・全く不可能)</p> <p>2 音声言語以外での意思疎通 方法:手指の動き・眼球運動・開閉眼・口形・文字盤・その他() 程度:可能・僅かに可能・不可能</p> <p>3 機器※の操作能力 ※機器の例 キーボード・マウス・トラックボール・携帯用会話装置(意思伝達装置を除く) 程度 上肢(可能・僅かに可能・不可能)使用機器() 下肢(可能・僅かに可能・不可能)使用機器() 頭部・呼気等(可能・僅かに可能・不可能)使用機器()</p>
<p>意思伝達装置の使用状況</p>	<p>1 使用の動機 ①本人の希望 ②家族()の希望 ③関係者()の勧め</p> <p>2 装置の使用期間 (年 月 日から・未使用) 試用期間(年 月 日～ 年 月 日)</p> <p>3 使用頻度(1日あたり 時間使用、週 日間使用)</p> <p>4 使用機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血流量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>5 操作能力 本人(独力で可能・一部介助・不可能)連続使用時間(1回当たり 時間 分) 介護者等操作時の協力者(独力で可能・一部介助・不可能)</p> <p>6 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他()</p> <p>7 使用場所 ①自宅 ②施設/病院(施設名:)</p>
<p>処方内容・使用効果</p>	<p>1 処方機種 ① ソフトウェアを搭載した専用機器(製品名:) ② 生体現象(脳血流量等)を利用し「はい・いいえ」を判定するもの (製品名:)</p> <p>2 付属品 スイッチ() センサー() その他 ()</p> <p>3 操作部位 上肢・手指・下肢・足部・口唇・眼瞼・前額部・その他()</p> <p>4 使用効果 ① 意思伝達が可能となる ② その他()</p>
<p>年 月 日</p> <p>病院名 診療科 医師名</p> <p>(身障法 15 条指定医師、障害者総合支援法第 59 条第 1 項の指定医療機関、 難病医療拠点病院医師又は難病協力医療機関医師であること)</p>	

補装具費支給意見書

ふりがな 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 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)			
障害・疾患の状況 ※補装具を求める理由が明確となるよう記載してください。難病患者等について、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な場合についても記載をしてください。			進行性疾患 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 支給決定手続 <input type="checkbox"/> 迅速 <input type="checkbox"/> 一般
必要と認める補装具	補装具の種類、名称		
	処方		
	仕様効果見込み		
上記のとおり意見する 年 月 日 病院名又は診療所名 所在地 作成医師名 主治医氏名			

評価票

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

使用環境

1)	場所	<input type="checkbox"/> 家屋内	<input type="checkbox"/> 屋外	<input type="checkbox"/> 施設内	<input type="checkbox"/> 外出時	<input type="checkbox"/> その他 []
2)	環境整備	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要				
3)	使用頻度	[]	日/週	[]	時間/日
4)	使用場面	<input type="checkbox"/> 日中	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 作業・就労	<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> その他 []
5)	主介護者	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				

製作補装具の評価等

1)	製作補装具	<input type="checkbox"/> 車椅子	(<input type="checkbox"/> 自走用	<input type="checkbox"/> 介助用)		
		<input type="checkbox"/> 電動車椅子	(<input type="checkbox"/> 簡易形切替式	<input type="checkbox"/> 簡易形アシスト式	<input type="checkbox"/> 標準形)	
		<input type="checkbox"/> 姿勢保持装置	<input type="checkbox"/> その他 []
		<input type="checkbox"/> 普通型	<input type="checkbox"/> リクライニング式	<input type="checkbox"/> ティルト式	<input type="checkbox"/> ティルト・リクライニング式	<input type="checkbox"/> リフト式	
2)	使用中の福祉用具	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
3)	仕様変更の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
4)	日常生活や社会参加（就労等）での課題						
5)	補装具によって期待される効果（日常生活や社会参加への効果）						
6)	特記する工夫点（具体的な製品名があれば記載してください）						

身体機能

1)	関節可動域制限 (他動運動)	股関節屈曲90°未満の制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
		膝関節伸展90°未満の制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
		足関節背屈0°未満の制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
		その他の部位	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
2)	感覚障害（重度鈍麻～脱失）	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
3)	疼痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
4)	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
5)	脱臼	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
6)	側弯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
7)	医学管理	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
8)	定頸	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能	<input type="checkbox"/> 保持困難(ヘッドサポートが必要)		
9)	端座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 支持なしで保持可能	<input type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能	<input type="checkbox"/> 保持困難	
10)	立位保持	<input type="checkbox"/> 支持なしで保持可能	<input type="checkbox"/> (両手・片手)支持で保持可能	<input type="checkbox"/> 保持困難	
11)	移乗動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 修正自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
12)	平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 修正自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
13)	駆動能力	<input type="checkbox"/> 長距離(屋外)可能	<input type="checkbox"/> 短距離(屋内)可能	<input type="checkbox"/> 不可	
14)	駆動方法	<input type="checkbox"/> 両手駆動	<input type="checkbox"/> 片手駆動	<input type="checkbox"/> 足駆動	<input type="checkbox"/> 不可
15)	危険認知	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 判断不可 []

年 月 日

所属：

職種：

作成者：

補聴器適合報告書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
住所		
<p style="text-align: center;">※ 該当項目に○、又は()に記入してください。</p> <p>1 処方との合致 機種 : 処方どおり ・ 一部変更(変更内容:) 機種仕様 : 良好 ・ 不良() 付属品 : なし ・ あり(支障無し ・ 支障あり())</p> <p>2 本人の適合状況 機種の適合 : 良好 ・ 不良() 付属品の適合: なし ・ 良好 ・ 不良() 操作能力 : 独力で可能 ・ 一部支援が必要 ・ 不可能 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい() ・ わからない</p> <p>3 補聴効果(聴力レベル) おおいにある ・ 一部改善 ・ ほとんどない</p> <p>4 使用開始日(年 月 日)</p> <p>5 使用頻度(1日あたり 時間、週 日)</p> <p>6 その他特記事項</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 10px 0;"></div> <p>7 総合評価 問題なし・要修正 ・ 不適合</p> <p>適合評価日 年 月 日</p> <p>評価者: 所属 _____ 職種 _____ 氏名 _____ (連絡先: _____)</p>		
<p>(以下は市町村担当者が評価内容を確認のうえ記入) 以上のとおり、報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>市町村名 _____ 担当者氏名 _____</p>		

(車椅子)適合報告書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
住所		
※ 該当項目に○、又は()に記入してください。		
<p>1 処方との合致</p> <p>() 処方どおり</p> <p>() 一部変更(変更内容: _____)</p> <p>() 全く処方とは異なっている。</p>		
<p>2 本人の操作状況(自走型車椅子・電動車椅子の場合のみ)</p> <p>() 使いやすい</p> <p>() 使いにくい(→具体的に _____)</p> <p>() わからない</p>		
<p>3 介護者の操作状況(介助用ブレーキがある車椅子の場合のみ)</p> <p>() 使いやすい</p> <p>() 使いにくい(→具体的に _____)</p> <p>() わからない</p>		
<p>4 使用開始日(年 月 日)</p>		
<p>5 使用頻度(1日あたり 時間、週 日)</p>		
<p>6 その他特記事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
<p>7 総合評価 問題なし・要修正・不適合</p> <p>適合評価日 年 月 日</p> <p>評価者: 所属 _____ 職種 _____ 氏名 _____</p> <p>(連絡先: _____)</p>		
<p>(以下は市町村担当者が評価内容を確認のうえ記入)</p> <p>以上のとおり、報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>市町村名 _____ 担当者氏名 _____</p>		

意思伝達装置適合報告書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
住所		
※ 該当項目に○、又は()に記入してください。		
1 処方との合致		
機種 : 処方どおり ・ 一部変更(変更内容:)		
機種仕様 : 良好 ・ 不良 ()		
付属品 : 支障無し ・ 支障あり()		
2 本人の操作状況		
操作能力: 独力で可能 ・ 一部支援が必要 ・ 不可能		
スイッチの適合: 良好 ・ 不良 ()		
センサーの適合: 良好 ・ 不良 ()		
その他付属品の適合: 良好 ・ 不良()		
使用感: 使いやすい ・ 使いにくい() ・ わからない		
3 操作支援者(介護者等)の操作状況		
操作能力: 独力で可能 ・ 一部支援が必要() ・ 不可能		
使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい() ・ わからない		
4 使用開始日 (年 月 日)		
5 使用頻度 (1日あたり 時間、週 日)		
6 その他特記事項		
()		
7 総合評価 問題なし・要修正 ・ 不適合		
適合評価日 年 月 日		
評価者: 所属 _____ 職種 _____ 氏名 _____		
(連絡先: _____)		
(以下は市町村担当者が評価内容を確認のうえ記入)		
以上のとおり、報告します。		
年 月 日		
市町村名 _____ 担当者氏名 _____		

※ 装置全体の設置状況、およびスイッチ等の取付状況がわかる写真を添付し、3ヶ月を目処に提出すること。

()適合報告書

ふりがな 氏名		年 月 日生(歳)
住所		
<p style="text-align: center;">※ 該当項目に○、又は()に記入してください。</p> <p>1 処方との合致 機種 : 処方どおり ・ 一部変更(変更内容:) 機種仕様 : 良好 ・ 不良() 付属品 : なし ・ あり(支障無し ・ 支障あり())</p> <p>2 本人の適合状況 機種の適合 : 良好 ・ 不良() 付属品の適合: なし ・ 良好 ・ 不良() 操作能力 : 独力で可能 ・ 一部支援が必要 ・ 不可能 使用感 : 使いやすい ・ 使いにくい() ・ わからない</p> <p>3 使用効果 おおいにある ・ 一部改善 ・ ほとんどない</p> <p>4 使用開始日(年 月 日)</p> <p>5 使用頻度(1日あたり 時間、週 日)</p> <p>6 その他特記事項</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>7 総合評価 問題なし・要修正 ・ 不適合</p> <p>適合評価日 年 月 日</p> <p>評価者: 所属 _____ 職種 _____ 氏名 _____ (連絡先: _____)</p>		
<p>(以下は市町村担当者が評価内容を確認のうえ記入)</p> <p>以上のとおり、報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>市町村名 _____ 担当者氏名 _____</p>		

取下書

第 号
年 月 日

高知県立療育福祉センター長 あて

判定依頼の取り下げについて

年 月 日付第 号の判定依頼については、下記の理由から依頼を取り下げます。

記

氏 名:

住 所:

生年月日:

内 容:

障 害 名:

理 由: