

## 姿勢保持装置意見書・処方箋（支給・修理）

氏名		年 月 日 生（ 歳）
住所	福岡市 区	電話（ ）
障がい名		等級 級
医学的所見	※姿勢保持装置を必要とする所見を具体的に記載してください。	
生活場所	1. 入院 医療機関名（ ） 退院予定（ 年 月頃） ※ 3か月以内に退院予定がないと支給することはできません。 2. 入所 施設名（ ） 3. 在宅	
使用状況	1. 使用していない 2. 使用している 前回支給年月日： 年 月 再支給の理由：（※必ず記載してください。耐用年数がすぎたことのみ理由では再支給は認められませんので、修理不能な理由を記載してください。）	
目的・効果	1. 使用目的 ※ 具体的に記載してください。	
	2. 作業用（学校用）を希望される場合のみ記入してください。 ①使用場所 ②使用頻度 ③常用として使用している補装具（ ） ④常用の補装具が作業用として使用できない理由（兼用できない理由） ※ 原則、常用と同じ仕様ものを支給することはできません。	

採寸・採型	頭・頸部 (採寸・採型)	上肢 (右・左) (採寸・採型)	体幹部 (採寸・採型)
	骨盤・大腿部 (採寸・採型)	下腿・足部 (右・左) (採寸)	
支持部	頭・頸部	頭部支え	
	上肢	上肢支え (右・左)	前腕・手部支え (右・左)
	体幹部	平面形状型	モールド型 シート張り調整型
	骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型 シート張り調整型
	下腿部	下腿支え (右・左)	
	足部	足台 (右・左)	
支持部の連結	固定	頸部	腰部 (右・左) 膝部 (右・左) 足部 (右・左)
	遊動	腰部 (右・左)	膝部 (右・左) 足部 (右・左)
	角度調整用部品	機械式 ×	ガス圧式 × 電動式 ×
構造フレーム	使用材料	木材 ・ 金属	
	ティルト機構	機械式 ×	ガス圧式 × 電動式 ×
	昇降機構	機械式 ×	ガス圧式 × 電動式 ×
	車いす機能付加	式 普通型 ・ 手押し型	
付属品	カットアウトテーブル	カットアウトテーブル	クッション張り
	上肢保持部品	アームレスト (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	肩パッド (右・左)	胸パッド 胸受けロール
		体幹パッド (右・左)	腰部パッド (右・左)
	骨盤保持部品	骨盤パッド (右・左)	臀部パッド (右・左)
	下腿保持部品	内転防止パッド	外転防止パッド (右・左) 膝パッド (右・左)
		下腿保持パッド (右・左)	足部保持パッド (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 (脱着) 上肢 (右・左) (脱着)	
	体幹部 (平面形状型 ・ モールド型 ・ シート張り調整型) (脱着)		
	骨盤・大腿部 (平面形状型 ・ モールド型 ・ シート張り調整型) (脱着)		
	下腿部 (右・左) (脱着) 足部 (右・左) (脱着)		
内張り	アームレスト (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)	
キャスター	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	
調節機構	高さ調節	頭部 体幹 骨盤・大腿 足部 (右・左)	アームレスト (右・左)
	前後調節	頭部支持部	骨盤・大腿支持部 足部支持部
	角度調節	頭部支持部	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)	アームレス (右・左) 内転防止パッド
開閉機構	アームレスト (右・左)	足部支持部 (右・左)	

完成用部品	※必要完成用部品と必要理由を記載してください。特に高機能な完成用部品を必要とする場合は理由を詳細に記載してください。 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	個数	必要理由

図示・特記事項

年 月 日

医療機関名

所在地

診療科目 医師氏名

更生相談所記入欄

適合判定	担当 医師名	年 月 日 印	決裁	年 月 日		
			所長	係長	係員	担当