様式第２－５

補 装 具 費 支 給 意 見 書（体幹装具）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名				年齢	歳	市町村名	
原傷病名及び機能障害名	障害原因と機能障害名を記載すること。（発症年月日　　） ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)						
障害現症	歩行の状態、体幹の可動性、筋力、変形、痛み等の状態を記載すること。 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こと。 （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こと。）						
装具名	１ 頸椎装具　２ 胸椎装具　３ 腰椎装具 ４ 仙腸装具　５ 側弯症装具						
型式	１ 金属枠　２ 硬性　３ 軟性 ４ ミルウォーキー型　５ カラー　６ その他（　　）						
具体的な製作処方	採型採寸区分	障害の状態により、採寸によりがたい場合に限り採型とすること。 １ 採型Ｃ－（　　）　２ 採寸Ｃ－（　　）					
	支持部	部位	１ 頸椎　２ 胸椎　３ 腰椎　４ 仙椎　５ 骨盤				
		種類	１ モールド(支柱付)　２ モールド(支柱なし)　３ フレーム ４ 軟性(キャンバス)　５ 軟性(メッシュ)　６ その他（　　）				
	付属品	体幹装具 調節装置	１ ターンバックル式　２ その他の高さ調節				
		体幹装具 その他	１ 腰部継手　２ バタフライ　３ 会陰ひも　４ 腹圧強化バンド				
		側弯症装具 組立部品	１ 前方支柱　２ 後方支柱　３ 側方支柱 ４ アウトリガー　５ ネックリング　６ その他組立部品一式				
		側弯症装具 パッド	１ 腋窩　２ 胸椎　３ 腰椎				
		側弯症装具 その他	１ ショルダーリング　２ 胸郭バンド(プラスチック製)				
使用効果	具体的に記載すること。 （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こと。）						

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名

診療科

医師名　　印

【 記載上の留意事項 】

1 選択肢がある場合は、該当する項目に○印を付け、その他(　)については形式、種類等を具体的に記載すること。

2 陰性モデルより作成した陽性モデルを使用して作成する場合に限り、採型とすること。