**姿勢保持装置（座位保持椅子）・起立保持具・歩行器　判定依頼調査書【記入のポイント】**

様式　　2　（4）　2024.04　改

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【記入上の留意事項】  補装具判定依頼調査書　記入要領　を参照のこと | | | | | |
|  |  | 年 齢 | 歳 | 職 業 | ありの場合は具体的に  １　あり（　　　　　　　　　　）  ２　なし |
| 現在の生活状況 | 医療機関、福祉施設等の名称を記入すること。  １　在宅　　　２　医療機関 （　入院　・　通院　：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　福祉施設（　入所　・　通所　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４　そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害歴 | （受傷年月日、再発年月日、入通院医療機関名、治療、訓練内容等を必ず記入すること。その他、補装具を必要とする生活・社会的理由等を把握するために必要な情報を記入すること。）  障害の原因となった傷病名：  受傷年月日　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　再発年月日　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| ・いつごろから、どのような原因で障害になったのか  ・手帳（身体・療育・精神）の認定状況  ・どのような生活をしているのか  ・どのような面で生活の不便・困難さを感じているのか  ・その装具があることで何が自立でき、社会参加の促進となるか  ・入院している場合は、退院の目途はいつ頃か  ・施設入所している場合は、退所の目途はあるのか | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 他　法　関　係 | 障害者総合支援法による補装具費支給確認のため、他法による給付（貸与）の可否の状況を確認すること。  ・他法優先の確認  ・受傷原因  （優先される法律）※該当項目に○  １　労働者災害補償保険の傷害保険給付又は障害給付の決定を受けた方又は受けると見込まれる方。  ２　介護保険の被保険者である。  →様式６（２）障害者総合支援法による補装具費支給調査書（介護保険対象者用）を添付すること  65歳以上の方又は40歳以上65歳未満で特定疾病に該当する方  ３　自動車損害賠償法に該当する。  上記で支給されない補装具名と事由　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| 補装具費支給履歴  （台帳の写しでも可） | 新規・再支給、修理、借受けの区分を選択し、（　）内に支給又は修理した補装具名・金額・業者名を記入すること。  １　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  ２　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  ３　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  ４　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  次のような観点でチェックしながら記入  ・耐用年数内で支給となっていないか  ・多額の修理をしてすぐの購入申請ではないか  ・複数支給の整理  ５　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  ６　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　）  ７　　　年　　　月　　支給（新　・　再）：修理：借受け　（　　　　　　・　　　　　　円）（　　　　　　） | | | | |

長野県立総合リハビリテーションセンター（長野県身体障害者更生相談所）

裏面へ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 主たる　介護者 | 配偶者・父・母・子・兄・弟・姉・妹・ヘルパー・施設職員・その他（　　　　　）・介護不要  ・生活の中でどの位の時間使用するのか  ・主にどのような生活場面で必要になるのか | | | | |  |
| 使用時間 | １　約１日　　　２　約半日　　３　（　　　）分/１日　　　４（　　　）分/週 | | | | |
| 主な使  用目的 | １　仕事　　２　訓練　　　３　日常生活場面（食事・移動）  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 本  人  の  状  況 | １　身長（　　　　　cm）　　　　　　　体重（　　　　kg）  身長、体重は必ず記載すること  ２　身体状況・日常生活動作　等  　　・屋内歩行（可　・　否）　　　屋外歩行（可　・　否）  　　・補装具なしで立位（自力で可　・　つかまり立ち可　・　介助で可　・　否）  　　・補装具なしで歩行（可　・　否　：　　　　　　ｍ）  　　・補装具使用で歩行（可　・　否　：　　　　　　ｍ）  　 ・寝返りをする（自立・半介助・全介助・不可）  　　 ・足をなげだして座る（自立・半介助・全介助・不可）  　　 ・食事（自立・半介助・全介助・経管栄養）  　　 ・排泄（自立・半介助・全介助・おむつ使用） | | | | |
| 治療・訓練経過 | 期　間 | 医療機関名等 | | 入院・外来 | 治療・訓練内容 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 現在使用中の補装具 | 種目 | 個数 | 補装具の状態及び使用状況 | | |
|  |  |  | | |
| ・現在、補装具はいくつ支給されていて、生活環境上、必要な台数なのか。 |  | ・現在の装具は身体状態に適合しているか。  ・どれ位の期間使用していて、補装具の状態はどうか | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 所　見 | 補装具費支給権者としての所見を必ず記入すること  市町村職員が調査の上、記入すること | | | | |
| 年　　月　　日  　　調査者：所属　　　　　　　　　　職　　　　　　　　氏名 | | | | | |

　　　長野県立総合リハビリテーションセンター（長野県身体障害者更生相談所）