

第3章

様式例集

判 定 依 頼 書

○ ○ 第 号
令和 年 月 日

障害者相談センター所長 様

長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

ふりがな 氏 名		男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
身体障害者 手 帳	交 付 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	番 号	千葉県 第 号
障害区分	肢体不自由・聴覚障害・その他 ()				
判 定 依 頼 事 項	補装具 車椅子 ・ 電動車椅子 ・ 座位保持装置 義足 ・ 短下肢装具 補聴器 ・ 重度障害者用意思伝達装置 その他 ()				
判 定 区 分	1 来所判定 2 訪問判定 3 書類判定 4 県外依頼				
判定予定日	年 月 日	判定会場	所内・訪問・船橋・館山・木更津 茂原・成田・旭・市原・浦安・松戸		
援護の経過	補装具交付、再交付、修理などの履歴				
補装具製作 業 者					
備 考 特記事項等	担当者氏名 _____				

面接記録票（肢体不自由・内部障害者用）

氏名			市町村名（担当者名）	（ ）
面接年月日	令和 年 月 日	面接場所	市町村窓口・自宅・他（ ）	
面接方法	面談・電話	本人・家族等（続柄 ）		
他法の適用状況	優先される制度 自動車賠償責任保険： 非該当・該当 ※ 該当の場合は自賠責で対応のこと 労災ファンド： 非該当・該当 ※ 該当の場合は労災で対応のこと 介護保険： 申請済・未申請 ・非該当： 非被保険者（40歳未満・医療扶助）・16特定疾病非該当・要支援介護非該当 ・該当： 要支援・要介護（ ） 非適用理由（施設入所・他 ） ※ 車椅子、電動車椅子は介護保険優先 医療保険での製作（有・無） ⇒以下、有の場合 時期 年 月 医療機関（ ） 業者（今回と同じ・異なる） 補装具種類 短下肢装具（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ） 義足・義手・他（ ）			
	基礎情報 身長、体重 _____ cm、_____ kg 病歴（発症時期、入退院、現在までの経過を記載） 現在 在宅・施設入所（施設名 ）・入院中（病院名 ） 通院状況 医療機関・診療科名 [頻度] 合併症、治療中の疾病等 糖尿病・高血圧・心疾患・人工透析・眼疾患（ ）・てんかん発作・他（ ）			
申請に関する情報	現在の補装具について 製作時期 年 月 使用場面（屋内・屋外） [義肢・装具の場合] 着脱（自立・部分介助・全介助） [短下肢装具の場合] 種類（金属支柱付・プラスチック製⇒（足首；固定タイプ・動くタイプ） 申請理由 きつくなった・ゆるくなった・体重の増減・老朽化・破損（部位； ） 身体機能の変化・行動範囲の変化・勧められた（主治医・療法士・業者）・他（ ） 不具合が生じ始めた時期 年 月頃から 傷、痛み等の有無（有・無）⇒有の場合（部位： ） 希望する補装具 現在と（同じもの・異なるもの_____） 本人の訴え（具体的に） 医師の意見書・処方箋、担当療法士等の意見書等の有無（有・無）⇒聴取事項は下記に記載 最近の入院歴、転倒歴、特記事項 ≪確認事項≫ 判定記録のため画像等を撮らせていただくことがあります。御了承いただけますか？（はい・いいえ）			

面接記録票 (肢体不自由・内部障害者用)

コミュニケーション：理解面 (可・簡単な内容なら可・不可) 表出面 (可・単語レベル・Yes/No レベル・不可)			
日常生活動作			
	自 立 度	備 考	
食 事	自立・部分介助・全介助		
排 泄	自立・部分介助・全介助		
入 浴	自立・部分介助・全介助		
整容、更衣	自立・部分介助・全介助		
座位保持	安定・不安定・不可		
立ち上がり	自立・部分介助・全介助	装具利用 (有・無)	
立位保持	自立・部分介助・全介助	装具利用 (有・無)	
移 乗	自立・部分介助・全介助	装具利用 (有・無)	
移 動	自 宅	自立・部分介助・全介助 車椅子・装具の利用 (有・無)	杖 (T字・四点・他) 伝い歩き・手押し車
	屋 外	自立・部分介助・全介助 車椅子・装具の利用 (有・無)	杖 (T字・四点・他) 伝い歩き・手押し車
自宅環境 畳・フローリング 生活様式 (椅子・和式) 階段利用 (有・無)			
家庭構成 単身・同居者 () ・キーパーツ ()			
本人の日課 散歩 (約 分/週 回/車椅子利用 (有・無)) ・家事 ()			
福祉サービスの利用状況			
① 介護保険 デイサービス (週 日) ・ホームヘルプ (週 日) ・訪問リハ (週 日) 他 ()			
② 障害者総合支援法			
③ その他の制度			
仕事 (有・無) ⇒有⇒業務内容 (デスクワーク・外回り (車・電車)) ・軽作業・重労働 () 通勤手段 (電車・徒歩・自家用車 ())			
自動車の運転 運転免許 (有・無) ⇒有の場合；現在運転を (している・していない)			
身体状況	運動障害・可動域制限・変形拘縮・感覚障害・痺れ・循環障害・浮腫・切断・傷・発赤等があれば記載		
	頭 頸 部		
	体 幹		
	上 肢	右	左
	下 肢	右	左

面接記録票（補聴器）

面接年月日	令和 年 月 日	面接方法	面談・電話 本人・他（ ）	面接者			
ふりがな 氏 名			大正 昭和 平成 令和	年 月 日（ 歳）			
職業		勤務時間	時 分 ～ 時 分（ 週 日）				
居住	在宅・施設入所・デイサービス・その他（ ）						
家族構成	氏 名	続柄	年齢	職業	聴覚障害	本人との居住	備考
	1				有・無	同居・別居	
	2				有・無	同居・別居	
	3				有・無	同居・別居	
	4				有・無	同居・別居	
	5				有・無	同居・別居	
	6				有・無	同居・別居	
	7				有・無	同居・別居	
傷病の経過	(既往歴) 結核 ストマ・カナマイシン使用 高血圧 髄膜炎 脳炎 頭部外傷 脳梗塞 梅毒 大音響の環境 その他（ ）						
	----- (重複障害) 視覚障害 肢体不自由 知的障害 精神障害 その他（ ） -----						
	(現病歴) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">耳の状態</div> 発症年月日： _____ 年 月 日 原因： _____ 治療歴： (有・無) _____ 手術歴： (有・無) _____						
現在の状態	どちらの耳がよく聞こえるか (右耳 左耳 どちらの耳も同じ程度) 聴力は変動するか (変動する 変動しない) 耳漏が (ある ない) ある場合 (右耳 左耳 両耳) 耳鳴りが (ある ない) めまいが (ある ない) 聴覚障害で日頃どのような不便を感じているか <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>						

56

補聴器についで	1. 今までに使用したことがあるか (はじめて 経験あり: _____年前から)									
	2. 今までに使用したことがある補聴器のタイプは (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他_____)									
	3. 使用している補聴器のタイプや入手方法等について									
	①右耳用 無・有: (_____年 _____月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他_____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他_____)									
	②左耳用 無・有: (_____年 _____月より使用) (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 集音器 その他_____) (メーカー: _____ 機種: _____) (自費購入【店舗・病院・通販】 福祉制度 レンタル その他_____)									
	4. 補聴器の使用状況について									
	①1日の使用時間について									
<table border="0"> <tr> <td>・一日中(就寝中も)</td> <td>・起きている間はずっと</td> <td>・ときどき</td> </tr> <tr> <td>・あまり使っていない</td> <td>・ほとんど使っていない</td> <td></td> </tr> </table>	・一日中(就寝中も)	・起きている間はずっと	・ときどき	・あまり使っていない	・ほとんど使っていない					
・一日中(就寝中も)	・起きている間はずっと	・ときどき								
・あまり使っていない	・ほとんど使っていない									
②主な使用場面について										
<table border="0"> <tr> <td>・会話</td> <td>・外出する時</td> <td>・テレビ</td> </tr> <tr> <td>・電話</td> <td>・仕事</td> <td>・その他_____</td> </tr> </table>	・会話	・外出する時	・テレビ	・電話	・仕事	・その他_____				
・会話	・外出する時	・テレビ								
・電話	・仕事	・その他_____								
③機能や操作方法について										
<table border="0"> <tr> <td>・よくわかる</td> <td>・だいたいわかる</td> </tr> <tr> <td>・あまりわからない</td> <td>・全くわからない</td> </tr> </table>	・よくわかる	・だいたいわかる	・あまりわからない	・全くわからない						
・よくわかる	・だいたいわかる									
・あまりわからない	・全くわからない									
④満足度について										
<table border="0"> <tr> <td>・非常に満足している</td> <td>・ほぼ満足している</td> </tr> <tr> <td>・あまり満足していない</td> <td>・非常に不満である</td> </tr> </table>	・非常に満足している	・ほぼ満足している	・あまり満足していない	・非常に不満である						
・非常に満足している	・ほぼ満足している									
・あまり満足していない	・非常に不満である									
⑤補聴器使用時の困りごとについて										
<table border="0"> <tr> <td>・ボリュームを最高にしても音が小さい</td> <td>・うるさい場所ではよくききとれない</td> </tr> <tr> <td>・遠くから話されるとききとれない</td> <td>・とても不快に聞こえる音がある</td> </tr> <tr> <td>・長くつけていると疲れる</td> <td>・補聴器をつけていてピーピー音がする</td> </tr> <tr> <td>・故障しやすい</td> <td>・耳栓(又は耳型)が痛い</td> </tr> <tr> <td>・電話が使えない</td> <td>・その他_____</td> </tr> </table>	・ボリュームを最高にしても音が小さい	・うるさい場所ではよくききとれない	・遠くから話されるとききとれない	・とても不快に聞こえる音がある	・長くつけていると疲れる	・補聴器をつけていてピーピー音がする	・故障しやすい	・耳栓(又は耳型)が痛い	・電話が使えない	・その他_____
・ボリュームを最高にしても音が小さい	・うるさい場所ではよくききとれない									
・遠くから話されるとききとれない	・とても不快に聞こえる音がある									
・長くつけていると疲れる	・補聴器をつけていてピーピー音がする									
・故障しやすい	・耳栓(又は耳型)が痛い									
・電話が使えない	・その他_____									
5. 新しい補聴器の希望は (ポケット型 耳かけ型 耳あな型 その他_____)										
※耳かけ型は、上手に装着・操作ができ、十分な補聴効果が得られる人が対象となります。										
※耳あな型は、耳介がない、などの理由で耳かけ型が装着できない人のみが対象となります。										
6. そのほか補聴器に関して希望があるか [_____]										
7. 主たるコミュニケーション手段(音声・筆談・手話・その他: 具体的に_____)										

ふりがな 氏名		年 月 日生		※主として聞き取りをした相手 本人・その他()	
身体障害者手帳	障害名:			級	交付年月日
					年 月 日
現 病 歴	傷病の経緯			コミュニケーション方法の変化	
生活状況	障害の原因となった傷害又は疾病名 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症(ALS) <input type="checkbox"/> その他() 診断された時期() 医療機関()				
	本人に対する病名の告知: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	主治医: 医療機関名 _____ 診療科名 _____ 往診や保健師の定期的な訪問: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
身体状況	(1)入 院 : 退院予定(無・未定) 病院名()				
	(2)入所中 : 施設名 ()				
	(3)在 宅 : 一戸建・集合住宅(階建ての 階) 同居の家族 無・有(人)				
	【視覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 【聴覚障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
【音声・言語障害】 <input type="checkbox"/> 会話可能 <input type="checkbox"/> 家族など特定の人との会話可能 <input type="checkbox"/> 会話不可 【気管切開】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
【人工呼吸器の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(機器の種類と使用時間:)					
【経管栄養】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔) 【知的障害】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(療育手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)					
上肢	右				
	左				
下肢	右				
	左				
支援者の状況		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他() 主な介助者()			
パソコンを使用するに当たっ ての支援者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本人との関係() 支援の状況()			
パソコンの使用経験(本人の)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(いつ頃:)			
パソコンで何をしていたか					

様式例 補2-4 (2/2)

現在の意思伝達方法	【主にやりとりをする相手】() 【主にやりとりをする内容】()
	【意思表示方法】意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 意思表示方法 (どこをどのように動かすか:)
	【呼び出しベル】(<input type="checkbox"/> 使用したことがない <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 以前は使用していた その他) 使用中・以前は使用していた場合: (商品名:) (スイッチの種類:) (スイッチを押す方法:) 使用場面:(<input type="checkbox"/> 人を呼ぶ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 痰吸引 その他) 以前は使用していた場合:(使用しなくなった理由:)
	【文字盤の使用】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 透明 使用方法 <input type="checkbox"/> 文字を指す <input type="checkbox"/> 棒をくわえて指す <input type="checkbox"/> 読み上げに瞬きをする <input type="checkbox"/> 読み上げに舌を鳴らす <input type="checkbox"/> 目線を合わせる <input type="checkbox"/> その他() 使用していない場合:(使用していない理由:)
	【その他の意思伝達ツールの使用】 <input type="checkbox"/> コミュニケーションボード() <input type="checkbox"/> 携帯用会話補助装置(商品名: 使用期間:) <input type="checkbox"/> パソコン(使用ソフト名: 使用期間:) <input type="checkbox"/> その他()

※以下は、意思伝達装置を試用した結果、申請希望の機種等を記入。

意思伝達装置(本体)	令和 年 月 日～令和 年 月 日 何を試したか() どこから借りたか()
操作に際しての理解	<input type="checkbox"/> 理解可能 <input type="checkbox"/> 理解困難()
使用時の姿勢	<input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> リクライニング座位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位
スイッチ	種類 () 操作部位 () 動作 ()

59

※以下は、意思伝達装置を実際に使用してもらった上で記入。

スイッチによる入力操作	<input type="checkbox"/> 意図したところで選択可能 <input type="checkbox"/> ときどきタイミングがずれる <input type="checkbox"/> 選択困難
誤入力した場合の修正	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要練習 <input type="checkbox"/> 不可能
入力可能な程度	<input type="checkbox"/> 文章 <input type="checkbox"/> 短文 <input type="checkbox"/> 単語レベル <input type="checkbox"/> ほとんど不可能
漢字変換が可能か	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 誤ることもあるがある程度可能 <input type="checkbox"/> 不可能
コミュニケーション手段として	<input type="checkbox"/> 実用可能 <input type="checkbox"/> 緊急時呼び出しが可能 <input type="checkbox"/> 不可能(下段へ↓)
実用に導くキーパーソン	<input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 医療関係者(所属: 職種:) <input type="checkbox"/> 業者() <input type="checkbox"/> その他()
本人は使う意志があるか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない (本人に確認してください。)

備考	
----	--

写真提出に関するチェックリスト【書類判定】	
<input type="checkbox"/>	本人の全体像:全身が写っているか
<input type="checkbox"/>	機器の使用場面:適切(実用的で安楽)な姿勢と機器配置の様子が多方向から判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力装置(スイッチ)操作場面:操作している身体部位とスイッチの位置関係が判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	入力結果:入力した文字等が画面出力されていることが判別できる写真か
<input type="checkbox"/>	構成機器:見積書の全項目が写っているか(試用段階で困難な場合は適合状態確認票提出時に添付すること)

補装具費支給意見書【補聴器】

令和 年 月 日 医療機関名
 所在地
 医師名 ⑩

以下のいずれかに該当する医師

- ① 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ② 指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ③ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補聴器適合判定医師研修会を修了している医師
- ④ 難病法第6条第1項に基づく指定医

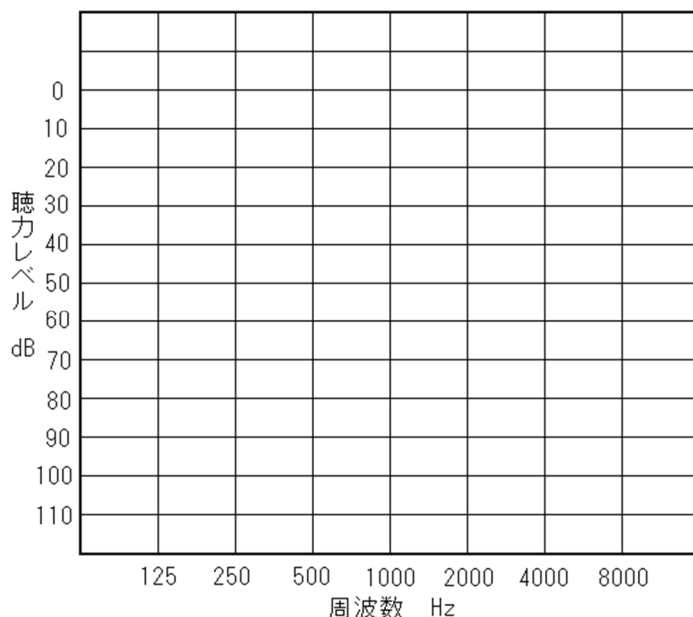
氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
----	--	------	---------------------------

住所	
----	--

障害名及び原因となった疾病・外傷名



聴力検査
(別添・貼付可)



平均聴力レベル
(4分法)

右 dB

左 dB

60

補聴器の処方	名称 ア 高度難聴用ポケット型 ウ 重度難聴用ポケット型 オ 耳あな型レディメイド キ 骨導式ポケット型 イ 高度難聴用耳かけ型 エ 重度難聴用耳かけ型 カ 耳あな型オーダーメイド ク 骨導式眼鏡型 【選択の理由】 ※ 高度難聴用は聴覚障害4, 6級、重度難聴用は聴覚障害2, 3級を目安に選択してください。 ※ ポケット型、耳かけ型以外の補聴器を選択される場合は、必要な理由を記載ください。
	装用耳 ア 右耳 イ 左耳 ウ 両耳 【選択の理由】 ※ 両耳装用を選択される場合は、職業上又は教育上等、必要な理由を記載ください。
	イヤモールド ア 有 イ 無 【製作の理由】 ※ イヤモールドを製作する場合は、必要な理由を記載ください。

補装具費支給の考え方

- (1) 全般
高度難聴用、重度難聴用の補聴器が真に必要な者（ポケット型・耳かけ型が基本となる）。
- (2) 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（例：耳介がない、又は、耳介の形に問題がある等のために耳かけ型補聴器を掛けることができない者）。
- (3) 骨導式
伝音性難聴者であって、耳漏が著しい者又は外耳道閉鎖症等を有する者で、かつ、耳栓又はイヤモールドでの使用が困難な者。
- (4) 両耳装用
職業上又は教育上等補聴器の両耳装用が真に必要な者。
- (5) イヤモールド
既製の耳栓ではハウリングが生じる者若しくは補聴器の安定性を欠く者、又はイヤモールドを使用することにより補聴効果が向上する等の者。

氏名			生年月日	年	月	日生
			市町村名			
診断名						
現 症 及 び 予 後	上肢機能					
	下肢機能					
	言語機能	発声・発語				
		言語理解 (聞く・読む)				
重度障害者用意思伝達装置が必要な理由						
名称		文字等走査入力方式 ・ 生体现象方式 文字、シンボル等を選択 「はい・いいえ」を選択				
スイッチ		接点式 ・ 帯電式 ・ 筋電式 ・ 光電式 ・ 呼気式 (吸気式) 圧電素子式 ・ 空気圧式 ・ 視線検出式				
使用上注意すべきこと (もしあれば)						

医療機関名

所在地

診療科名

科

令和 年 月 日

医師氏名



医学判定記録（肢体不自由）

下記のいずれかに該当する（⑤、⑥は難病患者等が対象）

- ① 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ② 指定自立支援医療機関の医師（日本専門医機構が認定した専門医又は所属学会認定の専門医）
- ③ 国立障害者リハビリテーションセンター学院で行う補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師
- ④ 上記と同等と認める医師
- ⑤ 保健所の医師
- ⑥ 難病法第 6 条第 1 項に基づく指定医

医療機関名

所在地

令和 年 月 日

医師名

㊦

氏 名	大 昭 年 月 日生 平 () 才	実施機関 市・町・村
判 定 事 項 補 装 具 要 否		
現症・その他（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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。）		
補装具の名称・型式		
補装具の処方並びに製作上の注意		

肢体不自由の状態（必要な部位・部分のみ記入してください）

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)（この表は必要な部分を記入）

筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()	筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()
() 前屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	後屈()	頸 () 左屈	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	右屈()
() 前屈		後屈()	体幹 () 左屈		右屈()
右 () 屈曲	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	伸展()	() 伸展	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	左 屈曲()
() 外転		内転()	肩 () 内転		外転()
() 外旋		内旋()	() 内旋		外旋()
() 屈曲		伸展()	肘 () 伸展		屈曲()
() 回外		回内()	前腕 () 回内		回外()
() 掌屈		背屈()	手 () 背屈		掌屈()
() 屈曲	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	伸展()	() 伸展	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	屈曲()
() 外転		内転()	股 () 内転		外転()
() 外旋		内旋()	() 内旋		外旋()
() 屈曲		伸展()	膝 () 伸展		屈曲()
() 底屈		背屈()	足 () 背屈		底屈()

※ 注

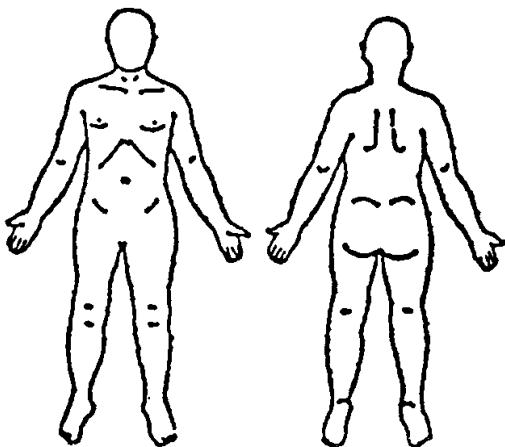
1. 関節可動域は、他動的に可動域を原則とする。
2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
3. 関節可動域の図示は $\left\langle \longleftrightarrow \right\rangle$ のように両端に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に $\left(\infty \right)$ を引く。
4. 筋力については、表()内に×△○印を記入する。

×印は、筋力が消失又は著減(筋力0,1,2該当)
 △印は、筋力半減(筋力3該当)
 ○印は、筋力正常又はやや減(筋力4,5該当)

5. (PIP)の項で母指は(IP)関節を指す。
 6. DIPその他対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
 7. 図中塗りつぶした部分は参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示 (×) 伸展 $\left\langle \longleftrightarrow \right\rangle$ 屈曲(△)

64



右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

計測法

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起 前腕周径：最大周径
 下肢長：上前腸骨棘→(脛骨)内踝 大腿周径：膝蓋骨上縁10cmの周径
 (小児等の場合は別記)
 上腕周径：最大周径 下腿周径：最大周径



× 変形 ■ 切離断
 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

義 手

処方箋

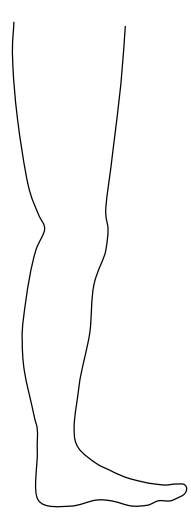
氏名			生年	大昭平 年 月 日			実施機関			
			月 日				市・町・村			
補装具名称	左 / 右 骨格構造 / 殻構造 (装飾用 ・ 作業用 ・ 能動式)									
	型式	肩義手	上腕義手	前腕義手	手義手	手部義手	手指義手			
		装飾用 作業用 能動式	装飾用 作業用 能動式	装飾用 作業用 能動式	装飾用 作業用 能動式	装飾用 作業用 能動式	装飾用 作業用	装飾用 作業用		
処方内容	ソケット	アルミニウム、セルロイド 皮革 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂								
	内ソケット	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 シリコーン (ピンあり・ピンなし)								
	懸垂用部品	胸郭バンド式ハーネス一式 (肩 ・ 上腕 ・ 前腕) 肩たすき一式 8字ハーネス一式 9字ハーネス一式 たわみ継手 (1組) 前方支持バンド 上腕カフ (三角筋パッド)								
	肩継手	隔板式 屈曲・外転式 ユニバーサル式								
	肘継手	硬性たわみ式 遊動式 (単軸・多軸)								
	手継手	摩擦式 (面・軸) 手屈曲式 手部コネクタ								
	手先具	能動ハンド 装飾ハンド 装飾手袋								
	その他	断端袋 ハーネス部品 他 ()								
指	型番、詳細等；									
示										
事										
項										
処方	年 月 日			医師						㊟
仮合わせ	年 月 日			医師						㊟
適合判定	年 月 日			医師						㊟

義 足 処方箋

氏名		生年 月 日	大昭平 年 月 日	実施機関 市・町・村			
補装具名称	左 / 右 骨格構造 / 殻構造 (常用 ・ 作業用)						
	型	股 義 足	大 腿 義 足	膝 義 足	下 腿 義 足	サイム・果義足	足根中足義足
	式	カナダ式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 P T B 式 P T S 式 K B M 式		
内 容 項	処 方	ソケット アルミニウム、セルロイド 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂					
	指 示 事 項	内ソケット 皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂 シリコーン (ピンあり・ピンなし)					
	指 示 事 項	懸垂用部品 懸垂帯一式 (股義足用) シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 大腿もも締め一式 (大腿支柱付) P T Bカフベルト一式 スリーブ 他 ()					
	指 示 事 項	股 継 手 カナダ式 ロック式 ヒンジ継手					
	指 示 事 項	膝 継 手 ロック式 遊動式 (単軸・多軸) 安全膝 ヒンジ継手					
	指 示 事 項	足 継 手 SACH 単軸 多軸					
	指 示 事 項	足 部 SACH 単軸 多軸 サイム用					
	指 示 事 項	そ の 他 ターンテーブル トルクアブゾーバー リアルソックス 他 ()					
処 方	年 月 日	医師	㊟				
仮 合 わ せ	年 月 日	医師	㊟				
適 合 判 定	年 月 日	医師	㊟				

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

下肢装具・靴型装具 処方箋

氏名			生年	大	年	月	日	昭平	実施機関
			月日						市・町・村
補装具名称	左 / 右								
	股装具 長下肢装具 膝装具	短下肢装具 A 両側支柱 F-2 硬性 (支柱なし、プラスチック製) 他 () 足底装具 A アーチサポート B メタタルザルサポート C 補高 (_____ c m) ※靴自体の補高を行う場合は「靴型装具」として扱う。 D 内側及び外側楔							
処方部	継手	股継手	固定 遊動						
		膝継手	固定	遊動	プラスチック継手				
		足継手	固定	遊動	プラスチック継手				
	支持部	大腿部	半月 皮革等 (カフバンド 大腿コルセット) モールド (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)						
		下腿部	半月 皮革等 (カフバンド 下腿コルセット) モールド (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)						
		足部	あぶみ 皮革 (大 小) モールド (熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂)						
加算要素	T・Yストラップ 足底裏革 (滑り止め用) 内張り (大腿部 下腿部 足部) 膝サポーター (支柱付き 支柱なし) 膝当て ダイヤルロック 伸展・屈曲補助装置								
内示事項	クレンザック (ダブル・シングル) ベルト内起し (部位: 足関節・下腿ベルト・) 下腿ベルト アーチ・サポート メタタルザル・バー トウ・スプリング トウ・クッション 趾枕								
内容									

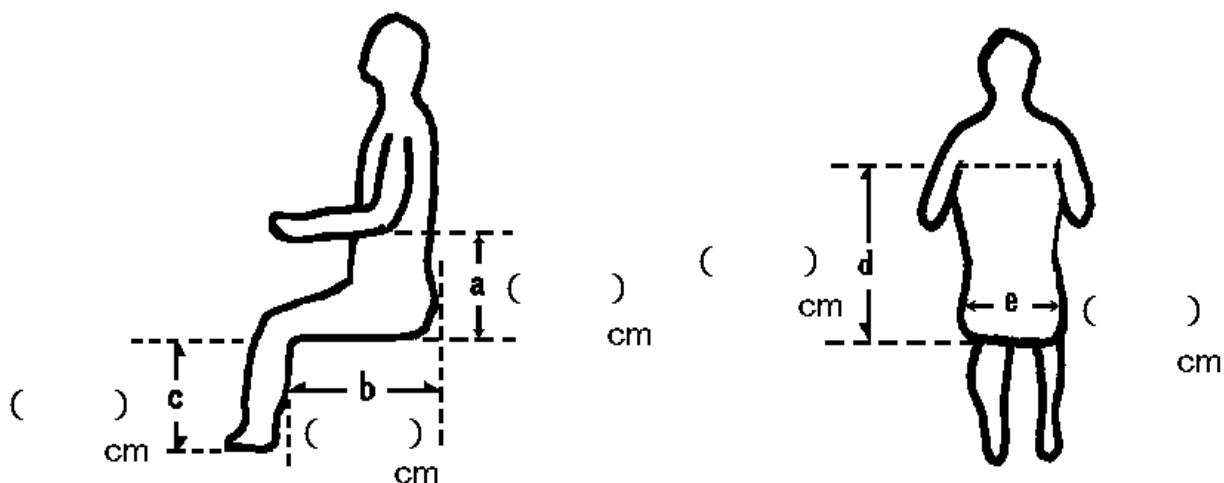
座 位 保 持 装 置 処 方 箋

氏 名				T・S・H	年 月 日 生	市 町 村 (実施機関)
区 分	頭・頸部 採寸 採型	上肢 採寸(左 右) 採型(左 右)	体幹部 採寸 採型	骨盤・大腿部 採寸 採型	下腿・足部 採寸(左 右)	
支 持 部	頭 部	頭部支え				
	上 肢	上肢支え(左 右) 前腕・手部支え(左 右)				
	体 幹	平面形状型	モールド型(採型 採寸)		シート張り調節型	
	骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型(採型 採寸)		シート張り調節型	
	下 腿 部	下腿支え(左 右)				
	足 部	足 台(左 右)				
支 持 部 の 連 結	頸 部	固定				
	腰 部	固定(左 右) 遊動(左 右)	角度調整用部品(機械式 ガス圧式 その他_____)			
	膝 部	固定(左 右) 遊動(左 右)	角度調整用部品(機械式 ガス圧式 その他_____)			
	足 部	固定(左 右) 遊動(左 右)	角度調整用部品(機械式 ガス圧式 その他_____)			
	※遊動について：(電動)車椅子フレームの場合は、(電動)車椅子側の機構を優先					
構 造 フレーム	木 材 金 属	ティルト機構 角度調整用部品(機械式 ガス圧式 その他_____)				
	車椅子	別紙 車椅子・電動車椅子処方箋 参照(様式例 補5-5)				
付 属 品	カットアウトテーブル	標 準 表面クッション張り				
	上肢保持部品	アームレスト(左 右) 肘パッド(左 右)				
	体幹保持部品	肩パッド(左 右) 体幹パッド(左 右)	胸パッド	胸受けロール 腰部パッド		
	骨盤保持部品	骨盤パッド(左 右) 臀部パッド				
	下肢保持部品	内転防止パッド		外転防止パッド(左 右)		
		膝パッド(左 右)	下腿保持パッド(左 右)			
		足部保持パッド(左 右)				
	ベルト部品	肩ベルト(左 右)	腕ベルト(左 右)	手首ベルト(左 右)		
		胸ベルト	骨盤ベルト	股ベルト		
		大腿ベルト(左 右)	膝ベルト(左 右)	下腿ベルト(左 右)		
足首ベルト(左 右)						
支 持 部 カ バ ー	頭 部	標 準 / 脱着式				
	上 肢	左 右 / 脱着式				
	体 幹 部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型 / 脱着式		
	骨盤・大腿部	平面形状型	モールド型	シート張り調節型 / 脱着式		
	下 腿 部	左 右 / 脱着式				
	足 部	左 右 / 脱着式				

付 属 品	内 張 り	アームレスト (左 右) テーブル		
	体圧分散補助素材	頭部	上肢 (左 右)	
		体幹部	骨盤・大腿部	
		下腿部 (左 右)	足部 (左 右)	
	キ ャ ス タ ー	___個 多機能キャスター___個		
	そ の 他	介助用グリップ (左 右)		
調 節 機 構	頭 部 支 持 部	高さ調節	前後調節	角度調節
	体 幹 支 持 部	高さ調節		
	骨盤・大腿支持部	高さ調節	前後調節	
	足 部 支 持 部	高さ調節 (左 右)	前後調節 (左 右)	開閉機構 (左 右)
	ア ー ム レ ス ト	高さ調節 (左 右)	脱着機構 (左 右)	開閉機構 (左 右)
	テ ー ブ ル	角度調節		
	体 幹 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	骨 盤 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	膝 パ ッ ド	脱着機構 (左 右)		
	内転防止パッド	脱着機構		
完 成 用 部 品	名 称	型 式	使 用 部 品	
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
特記事項				
処 方	年 月 日	医 師 名		
処 方	年 月 日	医 師 名		

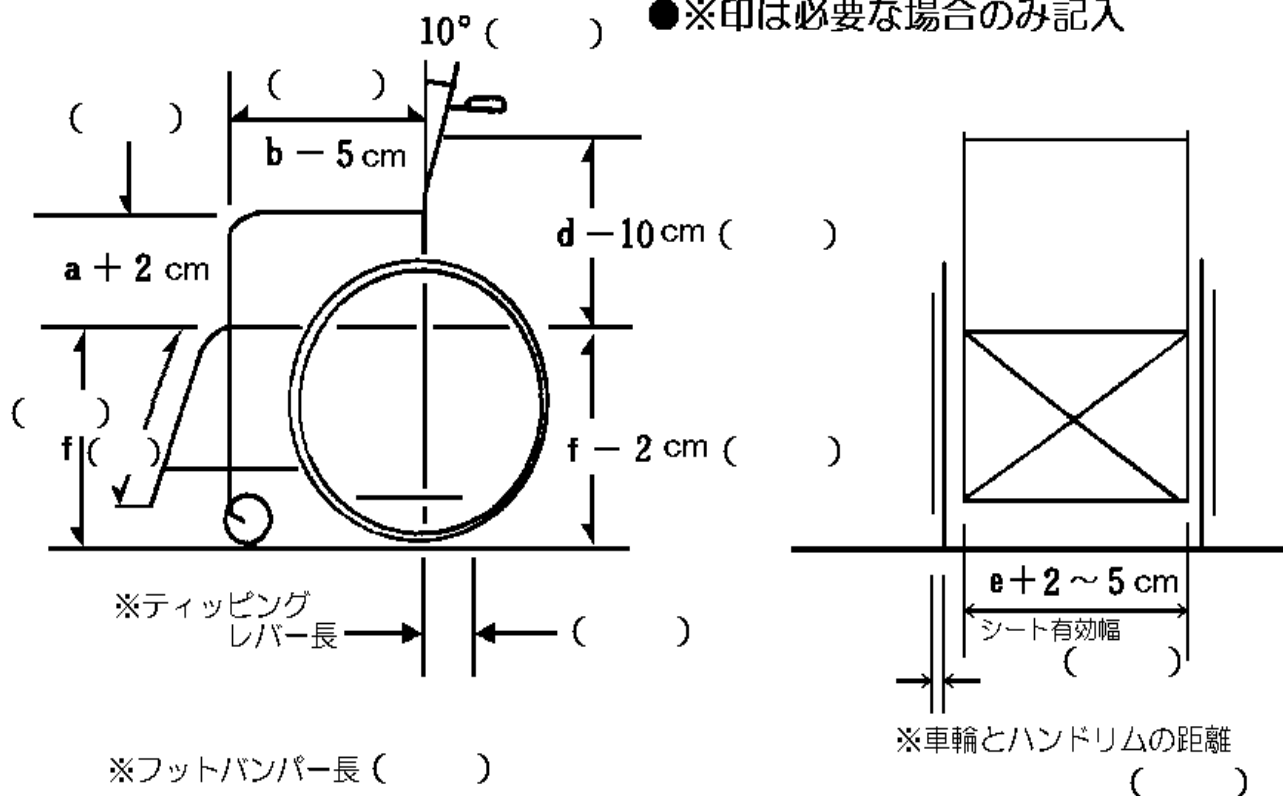
測定寸法

測定値を () 内に記入



指定寸法

- 指定値を () 内に記入
- ← → 内の計算は参考値
- ※印は必要な場合のみ記入



引用：「補装具費支給事務取扱指針について」障発 0323 第 31 号（平成 30 年 3 月 23 日）

令和 年 月 日 業者名
所在地
担当者名

氏名		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)			
補 聴 器 の 調 整 デ ー タ	名 称	高度難聴用ポケット型	高度難聴用耳かけ型			
		重度難聴用ポケット型	重度難聴用耳かけ型	その他_____		
	メーカー	_____	機種	_____	番号	_____
	装用耳	右	左	両耳		
	音量調整	_____				
	音質調整	_____				
	出力制限装置 (回路名)	_____				
	耳栓サイズ	_____				
	イヤモールド	有	無	形状	_____	
				材質	_____	
			ベント	有 (_____ mm)	無	
	※トリマー式の場合は、設定位置を図及び数値で記載ください。 PC 調整機種の場合は、下表又は調整結果 (PC 画面) の添付でもかまいません。					
	周 波 数	低周波数帯 (Hz)	低中周波数帯 (Hz)	高中周波数帯 (Hz)	高周波数帯 (Hz)	
利 得						
低入力 (dB)						
中入力 (dB)						
高入力 (dB)						
出力制限装置 ()						

-----貼り付け-----

フィッティング調整した補聴器の性能特性

- ・ 90dB 入力最大出力音圧レベル周波数レスポンス曲線
- ・ 60 - 90dB の入力 - 出力特性図

補
聴
効
果

令和 年 月 日 市町村名

担当者名

氏名	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
取扱業者		
補聴器名称	ア 高度難聴用ポケット型 ウ 重度難聴用ポケット型	イ 高度難聴用耳かけ型 エ 重度難聴用耳かけ型
装用耳	ア 右 イ 左 ウ 両耳	
聞こえ具合	ア ほとんど聞き誤りがない ウ 聞き誤りが多い ※1～2m位の距離から話しかけたときの反応	
ハウリングの有無 (ピーピーなること)	ア 常に有 イ 時々有 ウ 無 ※補聴器装着状態で耳の横5cmあたりに手をかざしてハウリング(補聴器の音が漏れてピーピーなる現象)の有無を確認 ※有の場合、どのような時になるか以下に理由を記載 (*1) (有の理由: _____)	
装着部位の痛み	ア 有 イ 無 ※痛みの部位はどこか以下に記載 (*1) (痛みの部位: _____)	
装着・操作能力	装着・・・ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 操作・・・ア 可 イ 概ね可 ウ 不可 ※実際にその場で装着やボリューム・スイッチの操作をしてもらってください。	
常用しているか	ア 常に装用している イ 常には装用していない ※常用していない場合、以下に理由を記載 (理由: _____)	
満足度	ア 非常に満足 イ ほぼ満足 ウ やや不満 エ 非常に不満 ※やや不満・非常に不満の場合、以下に理由を記載 { 理由: _____ }	
備考	*1 場合によっては再適合となるので、当センターへ相談をお願いします。 -----	

適合状態確認票 [肢体不自由]

お 名 前	様 大・昭・平 年 月 日生
担 当 業 者	
状 態 確 認 日	令和 年 月 日
確 認 者	()市・町・村 担当()

*補装具の種類	車椅子 電動車椅子 座位保持装置 下肢装具 靴型装具 義足 その他：
*要否判定日	令和 年 月 日 (新調・修理)
納 品 日	令和 年 月 日 頃
満 足 度	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> 不満足 →理由
見 積 内 容 と の 比 較	合致 ・ 相違
写真資料 補装具本体のみと、使用している写真を前/横2種類以上、部品や機能も確認できるようにお願いします(別添も可能です)。	

適合状態確認票【重度障害者用意思伝達装置】

お名前	様 大・昭・平 年 月 日生		
担当者			
状態確認日	令和 年 月 日		
確認者	()市・町・村 担当者名()		
判定日	令和 年 月 日	納品日	令和 年 月 日
試用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
使用状況の確認	<p>(1) <u>本体</u> <input type="checkbox"/>新規・<input type="checkbox"/>修理・<input type="checkbox"/>交換 (内容) 問題なく使用できている <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(2) <u>スイッチ</u> <input type="checkbox"/>新規・<input type="checkbox"/>修理・<input type="checkbox"/>変更 (名称) ①希望の文字を選択できる <input type="checkbox"/>はい(③へ)・<input type="checkbox"/>時々タイミングがずれる(②へ) ②目的に合わせて文字を消したり、再選択ができる <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ ③長文入力ができる <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ (<input type="checkbox"/>短文・<input type="checkbox"/>単語) 例) 長文：手紙などの長い文章 短文；主語術語で表現する程度 ④実用コミュニケーション手段として使用できている <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>練習中</p> <p>(3) <u>固定台</u> <input type="checkbox"/>新規・<input type="checkbox"/>修理・<input type="checkbox"/>交換 使いやすく調整されている <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(4) <u>呼び鈴</u> いつでも人を呼ぶことができる <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(5) <u>その他</u> () 問題なく使用できている <input type="checkbox"/>はい・<input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>* 項目中「いいえ」がつく場合は、具体的内容を特記事項欄に記入</p>		
満足度・特記事項	満足している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (理由を記入)		
見積内容との比較	合致 ・ 相違		
確認資料	使用していること及び処方物品が確認できる画像または動画(別添可能)		

電動車椅子調査票（1）						
氏名			職業			市町村名
面接年月日	令和	年	月	日	面接場所	面接者
家族状況	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	備考
※ 在宅の場合は、同居家族について記入してください。 施設入所の場合は、キーパーソンについて記入してください。						
日常生活の自立状況	※ 日常生活の状況を具体的に記入してください。日常生活において視野、視力、聴力に障害がある方や歩行者として交通規則を理解していない場合には、その程度についても記入してください。 運転免許（有 無） 矯正視力 右（ ） 左（ ）					
使用目的	※ 使用する目的や頻度等について記入してください。					
その他	※ 電動車椅子を利用する上で参考となることを記載してください。					

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

<p>住宅見取図</p>	<p>※ 主に使用する場所の見取図を記入してください。 保管場所と充電場所(コンセント位置) について記入してください。</p>
<p>道路環境</p>	<p>※ 住宅や通常使用する場所周辺の道路環境について記入してください(住宅地図の写しでも可能です)。</p>

電動車椅子調査票（2）

氏名		職業		市町村名	
面接年月日	令和 年 月 日	面接場所		面接者	

電動車椅子操作能力チェックリスト

1 基本操作		(不確実な場合の程度)
(1) 操作ノブ、ハンドル等の操作	可 否	()
(2) メインスイッチ、速度切り替えの操作	可 否	()
(3) スタート、ストップの操作	可 否	()
2 移動操作		
(1) 速度調節の操作	低 速	可 否 ()
	高 速	可 否 ()
(2) 直進走行の操作	直 進	可 否 ()
	蒲 鉾	可 否 ()
	片傾斜道路	可 否 ()
(3) S字・クランク走行の操作	可 否	()
(4) 坂道走行の操作	可 否	()
(5) 溝・段差乗越え走行の操作	可 否	()
(6) 旋回の操作	可 否	()
(7) 非常時に対応した操作	一 時 停 止	可 否 ()
	後 退	可 否 ()
(8) その他移動に必要な操作	右 折	可 否 ()
	左 折	可 否 ()

※ 操作能力の確認については、実際使用する環境での確認をお勧めします。
 ※ 操作確認の際は関係者同席の上、安全確保に充分お努めください。

市町村の評価

電動車椅子使用について () 相当と判断される。
 () 条件付で相当と判断される。

特 例 補 装 具 理 由 書

医師又は担当医療専門職が記載してください

障害者（児）氏名	補装具の名称・型式等
障 害 者 ・ 児 の 状 況	身体の状況
	生活の状況（家庭生活・社会生活）
<p>当該者（児）について、基準内補装具の型式では適合しない理由、当該（特例）補装具を使用することによる効用等を具体的に御記入ください。</p>	

令和 年 月 日
所 属
職・氏名

取 下 書

令和 年 第 月 号 日

障害者相談センター所長 様

長

令和 年 月 日付で提出した下記の者に対する判定依頼を取下げます。

記

ふりがな 氏 名		大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
補 装 具 種 目 名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車椅子 ・ 電動車椅子 ・ 座位保持装置 ・ 義 足 ・ 短下肢装具 ・ 補聴器 ・ 重度障害者用意思伝達装置 ・ その他 _____ 	

修理申請チェック票（医療保険等用）

1. 医療保険等で製作した装具・義肢の情報

- 1) 製作日： _____ 年 _____ 月頃
- 2) 施設名： _____
- 3) 業者名： _____

2. 修理内容

- 1) 種 目： 装具 ・ 義肢
- 2) 業者名： 同上 ・ (_____)
- 3) 修理箇所チェック表

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底（靴底）ゴムの交換		

*上記項目以外の修理を希望する場合は、障相センターへご相談ください

3. 専門職からの聴取・確認

- 1) 聴 取 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 2) 聴取先情報
- ・ 施設名： _____
 - ・ 職 種： 医師・理学療法士・義肢装具士 ・ (_____)

3) 確認項目

以下の項目で【いいえ】がある場合は、障相センターへご相談ください。

- ・ 製作時と身体状況の変化はないですか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在まで継続して使用していますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の装具(義肢)は身体に合っていますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 現在の型式で満足していますか？ [はい ・ いいえ]

千葉県中央障害者相談センター・千葉県東葛飾障害者相談センター

修理結果連絡票（医療保険等用）

以下の内容について、修理しましたので報告します。

利用者情報

(ふりがな)

1) 氏 名 : _____

2) 生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生

3) 手帳番号 : _____ 第 _____ 号

修理内容

装 具		義 肢	
	マジックバンドの交換		義足懸垂用部品の交換
	内張りの張り替え		外装の交換
	滑り止めの張り替え		断端袋
	足底 (靴底)ゴムの交換		

報 告 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

実施機関 : _____ 市・町・村

担 当 者 : _____

補 装 具 費 支 給 意 見 書

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・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。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。）	
必 要 と 認 め る 補 装 具	補装具の種目，名称
	処 方
	使用効果見込み
上記のとおり意見する <div style="text-align: center;"> 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>	