

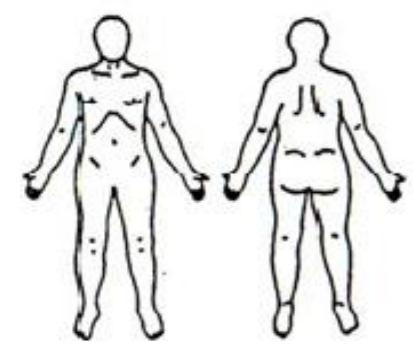
身体障害者補装具意見書 (肢体不自由)

(医学的判定)

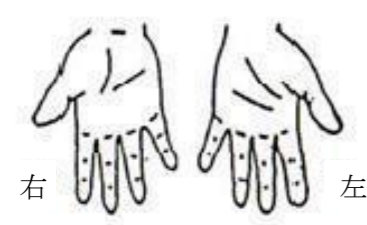
氏名	男	大・昭・平・令	身体障害者手帳	交付昭・平・令	年	月	日	種	級
	女	() 歳		原因疾患・外傷名					
住所				機能障害名					
障害の経過・ 現況	発日	年	月	原因	戦争・労災・疾病・先天性・交通事故・その他事故				
	生時	()	歳時	その他 ()					
	現在使用中の補装具及び使用状況								

補装具、付属品、特別調整を必要とする場合は、症状・理由を記入してください。車椅子については、自走能力も記入してください。

参考図示



握力 (右 kg・左 kg)



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

裏面「記入上の留意点」をご覧ください。

補装具	名称又は修理項目	処方 (できれば図示、又は別紙添付)
	使用による具体的効果	

以上のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名と所在地
診療担当科名
医師氏名

科



石川県身体障害者更生相談所欄 (処方及び工作上的注意点・交付不適當な理由)	左記のとおり (適当・不適當) と認定します。 令和 年 月 日 石川県身体障害者更生相談所 医師
--	---



記入上の留意点

記載欄名	留意点
身体障害者手帳	・意見書作成医師の所見ではなく、身体障害者手帳に記載されている事項をそのまま記入してください。
現 症	・原則として補装具を要する障害に関して記入してください。 ・手帳に記載がなくても他の障害を合併している場合には、その現症についても記載してください。 ・握力、上下肢機能、感覚障害及び運動障害などについても記載してください。
処 方	・例えば ① 車椅子の肘掛けの取り外しなどの特別調整が必要な場合には、その理由を記載してください。 ② シートベルトやフローテーションパットなどの付属品については、その必要性や理由及び症状を記載してください。
使用による具体的効果	・例えば、①室内の移動が可能になる、②介助度が軽減される、③生活の範囲が拡大され本人の意欲が増大するなどの、使用効果について記載してください。