**補 装 具 費 支 給 意 見 書**

**（義肢装具・姿勢保持装置・車椅子・電動車椅子・歩行器等）**

□新規　□再支給（□耐用年数経過　□耐用年数内）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名古屋市

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 男・女 |  Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　 年　　　月　　　日生　　　歳 |
| 保護者氏名（１８歳未満の場合） | １　障害名 |
| ２　障害等級 |
| ３　原因疾患（難病含む） | 　 | □交通　□労災　□その他の事故　□戦傷　□戦災□疾病　□先天性　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 発生年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| ４　経過と現症（注：下記補装具の必要性がわかるように明確に記載する。難病患者等については、身体症状の特性や日内変動の状況等を記載し、迅速な手続が必要な場合はその理由も記載する。） | 進行性疾患：□ 該 当□ 非該当支給決定手続：□ 迅 速□ 一 般 |
| ５　身長　　　　　㎝　　　体重　　　　　kg |
| ６　作製の理由（注：複数選択可　☑をつける。１種目２個の申請又は耐用年数内の申請の場合はその理由を記載する。） |
| 　□症状固定により治療用装具の対象でなくなった |
| □破損により使用に耐えない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □身体･障害状況の変化による不適合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 　□別の目的で２個目が必要である（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  　　　必 要 と す る 補 装 具 | ７　補装具の種目・名称 |
| ８　処方（注：借受けが必要な場合はその理由を記載する。） |
| ９　使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間も記載する。） |

上記のとおり意見する

令和　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名

医　師　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**裏面あり**

**※車椅子・簡易形電動車椅子・標準形電動車椅子の申請の場合、以下の該当する項目にご記入ください。**

□**肢体不自由・難病**

動作・活動能力　＜自立：○　半介助：△　不能：×＞　（　）の中は該当する箇所に〇を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
| 寝返り |  |
| 起き上がり |  |
| 姿勢（座位）保持 |  |
| 車椅子等への移乗 |  |
| 立つ（手すり・壁・つえ・松葉杖・義肢・装具・車椅子・歩行器） |  |
| 家の中の移動（手すり・壁・つえ・松葉杖・義肢・装具・車椅子・歩行器・歩行） |  |
| 家の周辺の移動（つえ・松葉杖・義肢・装具・車椅子・歩行器・歩行） |  |

□**心臓機能障害**

|  |
| --- |
| ・心電図所見（　　　　年　　　月　　　日）　　ア　陳旧性心筋梗塞　　　　　　（有・無）　　　　　　イ　心室負荷像　（有＜右室・左室・両室＞・無）　　ウ　脚ブロック　　　　　　　　（有・無）　　　　　　エ　心房負荷像　（有＜右房・左房・両房＞・無）　　オ　完全房室ブロック　　　　　（有・無）　　　　　　カ　不完全房室ブロック（有＜第　　　度＞・無）　　キ　心房細動（粗動）　　　　　（有・無）　　　　　　ク　期外収縮　　　　　　　　　　　　（有・無）　　ケ　ＳＴの低下　　（有＜　　　mV＞・無）　　コ　第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（但しⅤ１を除く）のいずれかのＴの逆転 （有・無）　　サ　運動負荷心電図におけるＳＴの 0.1mV以上の低下　　　　　　　　　　　　（有・無）　　シ　その他の心電図所見　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ス　不整脈発作のある者では発作中の心電図所見（発作年月日を記載）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

□**腎臓機能障害**

|  |
| --- |
| ・検査所見（　　　　年　　　月　　　日）　 ア　内因性クレアチニンクリアランス値　（　　　　　　　　　　　　 ）ml／min ・測定不能　 イ　血清クレアチニン濃度　　　　　　　（　　　　　　　　　 　　　 ）mg／dl　 ウ　eＧＦＲ　　　　　　　　　　　　 　（　　　　　　　　　 　　　 ）ml／min／1.73㎡エ　血清尿素窒素　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　 ）mg／dl　 エ　耳血　　　　　　　　　　　赤血球数（　　　　　　　　　　　　 ）10⁴／mm³ 、Ｈｔ（　　　　　　）％　　　　　　　　　 　　ｒ－ＨｕＥＰＯ使用（ 　　　　 ）　 オ　血液ガス　　　　　　　　　ＨＣＯ３（　　　　　　　　　　　　 ）mEq ／１　 力　平均１日尿量　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　 ）ml／day　 キ　胸部Ｘ線　　　　　　　　 　ＣＴＲ（　　　　　　　　　　　　 ）％・臨床症状（ア　消化器症状 　イ　心不全　 ウ　出血傾向　 エ　中枢神経症状　 オ　心外膜炎　 カ　その他） |

□**呼吸器機能障害**

|  |
| --- |
| ・換気の機能（　　　　年　　　月　　　日）　 ア　予測肺活量　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　 　）ml　 イ　１秒量　　　　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　）ml　 ウ　予測肺活量１秒率　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）％（＝イ／ア×100）・動脈血ガス（　　　　年　　　月　　　日）　 ア　酸素分圧　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　・　　　　　　）Torr　 イ　二酸化炭素分圧　　　　　　　　　　（　　　　　　・　　　　　　）Torr　 ウ　ｐＨ　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　・　　　　　　）　 エ　採血より分析までに時間を要した場合（　　　　 ）時間（　　　　 ）分オ　耳朶血を用いた場合　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　 　） |

□投薬内容

|  |
| --- |
|  |