

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 2.大正 年 月 日生 3.昭和 4.平成 (満 歳)
氏名						
住所				病名		
発病年月	1.昭和 2.平成 年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成 年 月 日	特定疾患 初回認定	1.昭和 2.平成 年 月 日	
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし		
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					
最近1年間の受診状況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他()					
補装具の種目	1.車椅子 2.義肢 3.装具					

上記補装具が必要な理由（最近1年間の身体症状等の変動状況や日動変動の状況、現症との比較「症状がより重度な状態」を記入）

症状の進行性	1.進行性である < 1.急速 2.緩徐(年) 3.極めて緩徐(数十年) > 1.進行性ではない					
症状の変動	1.日内変動 2.毎日変動 3.急に重くなる 4.数か月で変動する 5.天候で変わる 6.その他()					
日常生活及び症状の重症度	1.家事・就労はおおむね可能 2.家事・就労は困難だが、日常生活(身の回りのこと)はおおむね自立 3.自力で食事、排泄、移動のいずれか一つ以上ができず、日常生活に介助を要する 4.呼吸困難・痰の咯出困難、あるいは嚥下障害がある 5.気管切開、非経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)、人工呼吸器使用(導入日:昭和・平成 年 月 日)					
現在の日常生活動作	歩行移動	1. 正常 2. やや歩行が困難 3. 杖などの器物または人による介助歩行 4. 歩行不可能(車椅子などで生活) 5. 足を動かすことができない(全介助移動)			着衣身の回り動作	1. 正常にできる 2. 努力して、一人で完全にできる 3. 時折手助けまたは代わりの方法が必要 4. しばしば手助けが必要 5. 全面介助である
	嚥下	1. 正常な食事習慣 2. 初期の摂食障害、時に食物をつまらせる 3. 形態をかえて食べる必要有(きざみ食等) 4. 補助的な経管栄養または点滴を必要とする 5. 全面的に経管栄養か点滴(経口摂取不可能)			呼吸困難	1. なし 2. 歩行中に起こる 3. 日常動作のいずれかで起こる 4. 座位または臥位いずれかで起こる 5. 極めて強く呼吸補助装置考慮する 6. 気管切開、人工呼吸装置使用

医療機関名	<input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条指定医 <input type="checkbox"/> 保健所の医師	
医療機関所在地	<input type="checkbox"/> 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)	
医師の氏名	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国リハ補装具適合判定医師研修会修了 <input type="checkbox"/> 難病法第6条指定医
電話番号	()	<input type="checkbox"/> その他
記載年月日 : 年 月 日		

※軽快者の症状が悪化した場合のみ記載	・症状が悪化したことを医師が確認した年月日	年 月 日
	・特定疾患登録者証交付年月日	年 月 日

上記の意見書内容について、補装具費支給事務を担当する市町および身体障害者更生相談所職員が照会することに同意します

年 (年) 月 日

本人(代理人)

印