

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書（書類判定意見書）

年 月 日

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター所長 宛

病院所在地：

病 院 名：

診療科名： 科 医師名：

ふりがな		氏 名		生年月日： 年 月 日	
①障がい名及び原因となった疾病・外傷名（身体障がい者手帳に記載されている障がい名を記入してください）			②身体障がい者手帳 等級 級		
※障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病（難病等）に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない）			③手帳診断年月日 年 月 日		
④現病歴（生下時または発症から現在まで）					
⑤これまでに交付等された補装具の種類についての目的・効果・課題など					
⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など					
⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など					
⑧希望する特例補装具名：			⑨見積額： 円		
⑩基準内補装具ではうまく対応できない点					
⑪特例補装具でなければならない理由					

※この書類は、肢体不自由(児)特例補装具費の支給判定のみに使用します

【注】この意見書は、医療機関において必ず「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書の書き方（手引き）  
 （「肢体不自由（児）特例補装具支給用診療情報提供書」を書いていただく先生方へのお願い）

- ・補装具は現時点では基準内のものを使用していただくのが基本ですが、重度の障がい状況等から国の定めた形式や基本構造等の補装具では対応できない場合には、特例の補装具を認める場合があります。
- ・この診療情報提供書を参考に判断しますので、内容に不明な点がある場合は、再度の提出をお願いしたり、補装具費の支給ができない場合があります。わかりやすく詳しく記入をお願いします。

- ①障がい名又は難病名：身体障がい者手帳に記載されている障がい名及び原因疾患名を記入してください。できればその他の障がい名も記入して下さい。難病で申請される場合は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病を記入して下さい。
  - ②等級：わかる範囲内で肢体においては上肢・下肢・体幹・脳原性（上肢・移動）の別に記入して下さい。
  - ③手帳診断年月日：わかる範囲内で詳しく記入して下さい。身体障がい者手帳をお持ちでない方は記入しないでください。
  - ④現病歴：生下時または発症から現在に至るまでの治療状況を詳しく記入して下さい。
  - ⑤これまでに交付等された補装具の種類についてのその目的・効果・課題など：過去交付等を受け使用された補装具の目的や効果及び今後の課題などについて、当センターの判定医師が今回の補装具の適否を判定する際に参考となる医学的情報を簡潔に記述して下さい。
  - ⑥現在までの訓練の経過・内容・効果など：これまで貴院や貴院以前に行われてきた訓練に関して具体的に、詳細に記入して下さい。どのような訓練が効果的であったのか、またどのような訓練に困難を伴ったのか詳しく記入して下さい。
  - ⑦これからの訓練の予定・目標・予測される改善点など：貴院におけるこれからの訓練の予定・目標・予測される改善点を詳しく記入して下さい。
  - ⑧希望する特例補装具名：具体的に希望される補装具の名前を記入して下さい。
  - ⑨見積額：内規で一定の基準を設けていますので、これを越えるような場合は、自己負担額が生じる場合がありますのでご注意ください。
  - ⑩基準内補装具ではうまく対応できない点：症状と訓練の状態から具体的にどのような点が基準内補装具で対応できないかを記入して下さい。できる限り基準内の補装具をお使いいただくことを念頭において医学的に記入して下さい。
  - ⑪特例補装具でなければならない理由：基準内補装具を念頭に置きながら、特例補装具のどのような点が必要不可欠であるのかを医学的に説明して下さい。特例補装具のどのような機能が、障がい者の日常生活動作のどのような改善が見込まれるかを、具体的に詳しく記入して下さい。
- ※先生方の本診療情報提供書（意見書）によって、当センター判定医師が、障がいのある方への特例補装具の交付の可否を“書類判定”によって行う大事な資料です。個々人の身体状況が具体的に伝わり、適正に特例補装具が必要であると当センター判定医師が判断できる書類の作成をお願いします。それぞれ内容を十分検討させていただいて、特例補装具費の支給の可否を決定します。
- ※用紙の関係でスペースが足りない場合は、別紙などを使用して下さい。ただしこの場合も、本「肢体不自由（児）特例補装具費支給用診療情報提供書」の項目を全て含む内容で記入して下さい。
- ⑫

以上ご理解の上、ご協力をお願いします。

※記入についてのお問い合わせは、心身障がい者リハビリテーションセンター 相談課  
 （T e l 06-6797-6561）までお願いします。