

児童の起立保持具（特例補装具）支給に関する意見書(医師用)

かな		明治 大正 昭和	生年月日
氏名		平成 令和	年 月 日 (歳)
病名		障がい名 (その程度)	
補装具名			

1. 障がい児の状況

障がい状況(運動機能や知的機能など)

2. 特例補装具等の必要性 (本人の障がい状況と関連付けて具体的に記載してください)

2-1. 使用目的

2-2. これまで使用してきた補装具（もしあれば）では、なぜ対応できなくなったのか。

2-3. 基準内起立保持具の構造・機能・付属品では対応できない理由 および

基準内の起立保持具に胸ベルト、骨盤ベルト、胸パッド、体幹パッド、膝パッド、踵受け、補高ウェッジ、仕切り板、テーブル、キャスター、等の付属品を備えても対応できない理由

3. 特例補装具等の特徴と期待される効果

(その特例補装具等のどのような特徴を使って、どんな点を解決しようとしているのか具体的に)

所属

診療担当科目

科 医師氏名

※用紙の関係でスペースが足りない場合、別紙(様式は問いません)に記載してください

《様式 62a》

※他の職種などからの情報がある場合も資料(様式は問いません)として添付してください

2023(R5) .9.

