

義肢・装具意見書

氏 名		生年月日	T・S・H・R	年	月	日 (歳)
現住所						
障害名						障害等級 級
<p style="text-align: center;">現 症</p> <p>＊おもに障がいの原因となる原疾患の病名と病歴、現在の身体状況等及び能力低下をきたす原因となる機能障がい等についても具体的に記入してください。</p>						
補装具の名称	(注：タイプ名を記載してください。)					
<p>現在の補装具の状況について</p> <p>1 所持している 支給体系 総合支援法（身障法）・医療保険・労災補償法 その他（ ）</p> <p style="margin-left: 100px;">支給年月日 破損状況 装着状況</p> <p>2 所持していない</p>						
現在の生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他（ ） ※ 施設名・病院名（診療科名）を記入（ ）					
装着についての意見（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。） （使用効果見込等）						
令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名						
医師名 （記名押印又は署名）						

上肢装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

市町村名	氏名	T・S・H・R	年	月	日生(歳)					
(右・左・両)											
医学的所見											
基本型式	名称	肩	肘		手背屈	長対立	把持	短対立	M P	指	備考
	採型区分	D-1	D-2	D-3	D-4			D-5		D-6	
	採型										
	採寸										
	構造	金属枠、硬性、両側支柱、軟性、ハネ型、トーマス型、オープンハイマー型、その他()									
製作要素	製作	肩	A 固定式(片側)		B 遊動式(片側)		C 肩回旋装置				
		肘(片側)	A 固定式		B 遊動式		C プラスチック継手				
		手(片側)	A 固定式		B 遊動式		C プラスチック継手		D 鋼線支柱		
		MP	A 固定式		B 遊動式						
		IP	A 固定式		1 金属(アルミニウム)		B 遊動式		C 鋼線支柱		
製作要素	支	胸部(半身)	A モールド(熱可塑性)		B フレーム						
		骨盤(半身)	A モールド(熱可塑性)		B フレーム						
		上腕	A 半月	B 皮革	1 カフバンド		C モールド(熱可塑性)				
		前腕	A 半月	B 皮革	1 カフバンド		C モールド(熱可塑性)				
		手部背側パッド	A モールド		B フレーム						
		手掌パッド	A モールド		B フレーム						
その他の加算要素	<ul style="list-style-type: none"> ・基節骨パッド(モールド・フレーム) ・中・末節骨パッド(モールド・フレーム) ・対立バー ・Cバー ・アウトリガー ・伸展・屈曲補助バネ ・肘当て ・ターンバックル ・ダイヤルロック ・内張り(上腕部・前腕部・手部) 					図示(姿図) ※必ず記載して下さい。					
	完成用部品										
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること											
(借受けの希望 有 ・ 無)											
令和 年 月 日						製作予定業者名					
所在地											
医療機関名											
診療科名						種目名称別コード					
医師名											
(記名押印又は署名)											

- ※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。
- ※ 完成用部品については、使用部品及びメーカーを記載のこと。
- ※ × () には、個数を記載のこと。

下肢装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

市町村名		氏名		T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）										
医学的所見		（右・左・両）												
基本型式	名称	股	長下肢			膝	短下肢		足底	股関節外転	両長下肢		靴型	
	採型区分	A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	A-8	A-9	A-10	B-1	B-2	
	採型													
	採寸													
	構造	両側支柱 片側支柱 硬性(F1, F2) S型支柱 板ばね 軟性 その他（ ）												
	カーボン製チェック用装具加算					大腿部			下腿部		足部			
製作要素	継手	股	固定式		遊動式									
			×（ ）		×（ ）									
		膝 (片側)	固定式	遊動式	プラスチック継手									
			×（ ）		×（ ）		×（ ）							
	足 (片側)	固定式	遊動式	プラスチック継手										
			×（ ）		×（ ）		×（ ）							
	支	仙	モールド（支柱付き） その他（ ）											
		腸	×（ ）		×（ ）									
		大腿	A 半月	B 皮革等			C モールド		カーボン					
			×（ ）		1. カフバンド			1. 熱硬化性樹脂		×（ ）				
				2. 大腿コルセット			2. 熱可塑性樹脂							
				×（ ）			×（ ）							
持	下	A 半月	B 皮革等			C モールド		カーボン						
		×（ ）		1. カフバンド			1. 熱硬化性樹脂		×（ ）					
				2. 下腿コルセット			2. 熱可塑性樹脂							
				×（ ）			×（ ）							
部	足	A あぶみ	B 足部			C 標準靴		カーボン						
		×（ ）		1. 皮革等（大・小）					×（ ）					
				2. モールド（熱硬化性樹脂）										
				3. モールド（熱可塑性樹脂）										
				×（ ）										
靴型		短靴	チャッカ靴	半長靴	長靴	健足	短靴	標準靴						
		整形特殊	整形特殊	整形特殊	整形特殊		チャッカ靴							
		(右・左)	(右・左)	(右・左)	(右・左)		半長靴							
							長靴		(両足)					

体幹装具処方箋（新規・再支給・修理）

市町村		氏名			T・S・H・R 年 月 日生(歳)			
医学的所見								
基本型式	名称	頸椎 (胸椎装具付)	頸椎	胸椎 (肩バンド付)	胸椎	腰椎 (仙腸)	備考	
	採型区分	C - 1	C - 2	C - 3	C - 4	C - 5		
	採型							
	採寸							
	構造	金属枠 硬性 カラー 軟性 骨盤帯 ミルウォーキー						
製作要素	支	頸椎	A モールド(熱可塑性樹脂) 1 支柱つき 2 支柱なし					
			B フレーム					
			C カラー 1 あご受けあり 2 あご受けなし					
	胸	椎	A モールド(熱可塑性樹脂) 1 支柱つき 2 支柱なし					
			B フレーム					
			C 軟性 1 キャンバス 2 メッシュ					
	腰	椎	A モールド(熱可塑性樹脂) 1 支柱つき 2 支柱なし					
			B フレーム					
			C 軟性 1 キャンバス 2 メッシュ					
	仙腸	部	A モールド(熱可塑性樹脂) 1 支柱つき 2 支柱なし					
			B フレーム					
			C 軟性 1 キャンバス 2 メッシュ					
			D 骨盤帯 1 芯のあるもの 2 芯のないもの					
	骨盤	部	A 皮革					
			B モールド(熱可塑性樹脂) ペルビックガードル					
	その他の加算要素	体幹装具	・高さ調節 ・ターンバックル式 ・腰部継手 ・バタフライ ・肩バンド ・会陰ひも ・腹圧強化バンド					
		側弯症装具	・胸椎パッド ・腰椎パッド ・ショルダーリング ・腋窩パッド ・アウトリガー ・前方支柱 ・後方支柱 ・側方支柱 ・ネックリング ・胸郭バンド(プラスチック製)					
		内張り	1 頸椎支持部 2 胸椎支持部 3 腰椎支持部 4 仙腸支持部					
その他の交換・修理	硬性コルセット筋金交換 ・ 軟性コルセット筋金交換							
完成用部品						図示(姿図) ※必ず記載してください。		
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること (借受けの希望 有 ・ 無)								
令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名					製作予定業者名			
医師名 (記名押印又は署名)					種目名称別コード			

※基本型式、製作要素等の部品に○をつけること。

※完成用部品については、使用部品名及びメーカーを記載のこと。

※2種類以上の装具を組み合わせた装具の場合は、個々の価格のうち最も高い価格とすること。

下肢・体幹・上肢装具判定依頼調査書

ふりがな 氏名	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
1	治療用装具（医療で製作購入）は所持しているか：（ 有 [年 月作成] 無 ）
2	1で有の場合：病歴を含め、どこの病院でいつ、何という装具（タイプ名も）を製作したのか： 〔 〕
3	1で無の場合：申請の装具を更生用装具（補装具制度）で製作する理由は何か： （治療用装具を製作しなかった場合はその理由） 〔 〕
4	現在、使用している補装具の有無について：（ 有 無 ）
5	4で有の場合：補装具全ての種目名（装具、車椅子、歩行器・杖等）及び使用状況（屋内外常用等）について： 〔 〕
6	現在の歩行状況（装具装着時）について（下肢・体幹装具の場合）： （ 自立 杖 歩行器 車椅子 不可能 ）
7	6で車椅子使用がある方の場合：（ 自費購入 レンタル（介護 その他（ ） ）
8	移動手段について（屋内外）： 〔 〕
9	生活状況について（就労・社会参加・通院・買い物等の有無や頻度）： 〔 〕
10	申請の装具は、タイプ変更があるか同タイプか、ある場合は、タイプ変更した理由： 〔 〕
11	申請の装具は、どこで誰とどのような装具を試し、検討した結果なのか、実際に試したのかも含めて、具体的に記載： 〔 〕
12	今回の申請理由について： ※破損等が理由の場合は、いつ、どのようにして、どの部分が破損したのか（写真添付：任意） 〔 〕
13	借受けの希望があれば内容を詳細に聞き取ってください。 〔 〕
14	市町村の意見： 〔 〕
調査日 令和 年 月 日	市町村調査者氏名：