

## 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						
<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）						

# 殻構造義足処方箋（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) (断端長 cm)	職 業							
		種目名称別コード							
基 本 型 式	構 造 種 別	殻 構 造						備考	
	名 称	股	大腿	膝	下腿	果	足根中足		足指
	採 型 区 分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6		B-7
	型 式	受皿式 カナダ式	差込式 ラッパ式 吸着式	差込式 ラッパ式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式	鋼板入り 足袋型		
	加 算 要 素	片側骨盤切断用 短断端切断用キップシャフト 坐骨収納型 大腿支柱付き チェックソケット 透明プラスチック							
製 作 要 素	ソ ケ ッ ト	木 製							
		アルミニウム							
		セルロイド							
		皮 革							
		熱硬化性樹脂							
		熱可塑性樹脂							
	加 算 要 素	エアクッションソケット カーボンストッキネット 二重ソケット (熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂)							
	ソ フ ト イ ト	シリコーン							
		皮 革							
		軟性発泡樹脂							
		皮革・軟性発泡樹脂							
		皮革・フェルト							
	支 持 部	股 部							
		大腿部・下腿部	木製	アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂	作業用		
		足 部	軟性発泡樹脂 (果、足根中足、足指義足のみ適応)						
懸 垂 用 品	股 義 足	懸垂帯一式							
	大 腿 ・ 膝	シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊帯 義足用股吊帯							
	下 腿	腰バンド 横吊帯 大腿もも締め一式 PTBカフベルト一式							
外 装	股部・大腿部・下腿部	皮革 プラスチック 塗装							
	足 部	表革 裏革 塗装 リアルソックス							
完 成 用 部 品	股 継 手								
	膝 継 手								
	足 継 手								
	足 部								
	そ の 他								
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)									

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