

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）						

殻構造義手処方箋（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		肩	上腕	肘	前腕	手	手部	手指	
	採 型 区 分		A-1	A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7	
	(装飾用・作業用・能動式・電動式)									
	加 算 要 素		肩甲胸郭間切断用 吸着式 顆上懸垂式 スプリットソケット チェックソケット							
製 作 要 素	ソケット	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								
	ソフトインサート	皮 革								
		軟性発泡樹脂								
		皮革・軟性発泡樹脂								
	ハーネス	肩義手用	胸郭バンド式ハーネス一式 肩たすき一式 8字ハーネス一式							
		上腕義手用	9字ハーネス一式 たわみ式肘継手（一組） 前方支持バンド							
前腕義手用		上腕カフ（三頭筋パッド）								
支持部	装飾用式 能動式 電動式	肩 部								
		上腕部	アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂					
		前腕部	アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂					
	作業用	上腕部								
		前腕部								
外 装	肩 部		皮革	プラスチック	塗装					
	上 腕 部		皮革	プラスチック	塗装					
	前 腕 部		皮革	プラスチック	塗装					
完成用 部 品	肩 継 手									
	肘 継 手									
	手 継 手									
	手 先 具									
	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。

※完成用部品については、使用部品及びメーカーを記載のこと。