

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）						

骨格構造義足処方箋（新規・再支給・借受け・修理）

市町村	氏名				T・S・H・R	年	月	日生（	歳）	
名称	右左股義足	右左大腿義足	右左膝義足	右左下腿義足	右左サイム義足					
採型区分	B-1	B-2	B-3	B-4	B-5					
型式	カナダ式 受皿式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 吸着式 ライナー式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式					
加算項目	片側骨盤切断用 短断端切断用キップシャフト 坐骨収納型ソケット 大腿支柱付き チェックソケット 透明プラスチック									
ソケット	熱硬化性樹脂 木製 皮革 熱可塑性樹脂 アルミニウム セルロイド									
加算要素	二重ソケット（熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂） エアアクション カーボンストッキネット									
ソルト	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコン									
支持部	股義足 大腿義足 下腿義足 下腿義足（サイム義足）									
懸垂用 部品	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	股義足用 大腿義足用 膝義足用 下腿義足用									
完成用部品 型式 使用部品										
股継手	カナダ式 ロック式									
膝継手	A単軸式（遊動式・ロック式） B安全膝 C多軸膝（遊動式・ロック式）									
足継手	A固定式（SACH用） B遊動式（単軸足用・多軸足用）									
足部	SACH足部 単軸足部 多軸足部 サイム用足部									
調整用 部品	・コネクタ			・チューブ						
	・クランプアダプター			・ターンテーブル						
外装	フォームカバー			ストッキネット						
その他	・KBMウェッジ			・懸垂ベルト（股大腿用・下腿用）						
	・ライナー（ピンアタッチメント 有 無 ） ・ライナーロックアダプター									
	・バンパー			・吸着バルブ			・SACHアングルブロック			
	・コネクションプレート			・プレッシャーパッド			・断端袋			
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)										