

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								
現 症 *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。									
補装具の名称									
現在の補装具の状況について									
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 ( )									
支給年月日									
破損状況									
装着状況									
2 所持していない									
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)									

骨格構造義手処方箋（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	肩義手	右・左	上腕義手	右・左	前腕義手
採型区分	A-1		A-2		A-3	
型 式	装 飾 用					
加算項目	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					
ソケット	熱硬化性樹脂 皮革 熱可塑性樹脂 アルミニウム セルロイド					
ソフティナート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂					
支 持 部	肩義手用		上腕義手用		前腕義手用	
義 手 用 ハーネス	肩義手用 上腕義手用 前腕義手用	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 9字ハーネス一式 上腕カフ（三頭筋パッド）				
外 装	肩義手用		上腕義手用		前腕義手用	
完 成 用 部 品						
	型 式	使 用 部 品				
肩 継 手						
肘 継 手						
手 継 手						
調 整 用 部 品						
手 先 具						
外 装	フォームカバー					
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)				種目名称別コード		