

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 | 手 | 製 | 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 | | |
| × | () | | × | | () | | × | | () | | | |
| 支 | 持 | 部 | 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 | | |
| | | | × | () | | 2 モールド(熱可塑性) | | × | | () | | |
| | | | 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) | | |
| × | () | | × | | () | | 2 上腕コルセット | | × | | () | |
| 前腕 | A 半月 | | B 皮革 | | 1 カフバンド | | C モールド(熱可塑性) | | | | | |
| × | () | | × | | () | | 2 前腕コルセット | | × | | () | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 | | | | | | 種目名称別コード | | | | | | |
| (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。

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） | | | | | | |