

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

氏 名		男 女		生年月日		年 月 日生		歳		
住 所										
障 が い 名										
原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災				疾病・先天性・その他( )				
		疾病・外傷発生年月日 年 月 日								
切断の部位・レベル		右 左 両側		極短 短 標準 長 極長		股 大腿 膝 下腿 サイム 足				
障 が い の 状 態 の 状 況	断 端 の 状 態	断 端 長	cm (健常肢側の %)							
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし						
			浮 腫	1 あり 2 なし						
	皮 膚	断 端 の 形	1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他( )							
		術創の状態	1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→ <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー							
		癒痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
		一 般 状 態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常( )							
	皮 下 組 織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常( )							
		硬 さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい							
		そ の 他	筋肉縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない							
	血 流 ( 循 環 )	皮 膚 の 色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ							
		皮 膚 温	1 正常 2 高い 3 低い							
		脈 動	1 あり 2 なし → <input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> 足背動脈							
	痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛								
	幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性: )								
下 肢 関 節 機 能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】									
そ の 他 の 所 見										
必 要 と す る 義 足	<input type="checkbox"/> 股 義 足	<input type="checkbox"/> 片側骨盤切断用							チェ ック ソ ケ ット  <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 大 腿 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト <input type="checkbox"/> IRCソケット								
	<input type="checkbox"/> 膝 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付き								
	<input type="checkbox"/> 下 腿 義 足	1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 5 TSB式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付き								
	<input type="checkbox"/> サイム義足	1 差込式 2 有窓式								
	<input type="checkbox"/> 足根中足義足	1 足袋式 2 下腿部支持式								
	<input type="checkbox"/> 足 趾 義 足									
使 用 効 果 見 込										

処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等												
処	方	部	位	A 右 B 左 C 両側	<input type="checkbox"/> 作業用									
ソ	ケ	ツ	ト	A 木製 B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> エアクッションソケット <input type="checkbox"/> 二重ソケット <input type="checkbox"/> カーボンストックネット積層										
ソ	フ	ト	イ	ン	サ	ー	T	A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン F 完成用部品 (ライナー)						
支	持	部	股	部	<input type="checkbox"/> 修正有り									
			大	腿	部	A 木製 B 熱硬化性樹脂	<input type="checkbox"/> 鉄脚使用							
			下	腿	部	A 木製 B 熱硬化性樹脂	<input type="checkbox"/> 鉄脚使用							
			足	部	A 軟性発泡樹脂									
懸	垂	用	部	品	股	義	足	用	A 懸垂帯一式					
					大	腿	義	足	・	膝	義	足	用	A シレジアバンド一式 B 肩吊り帯 C 腰バンド D 横吊帯 E 義足用股吊帯一式
					下	腿	義	足	・	サイ	ム	義	足	用
断	端	袋	A 大腿用 B 下腿用											
外	装	股	部	・	大	腿	部	・	下	腿	部	A 皮革 B プラスチック C 塗装		
		足	部	A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)										
完	成	用	部	品	股	継	手	A ヒンジ継手						
					膝	継	手	A ヒンジ継手 → <input type="checkbox"/> 大腿遊動式 <input type="checkbox"/> 下腿遊動式						
					足	部	A 多軸足部 B SACH足部 C 装飾足袋							
					そ	の	他	A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D ライナーロックアダプタ E ライナー F ベルト付先ゴム G SACH用アングルブロック H リアルソックス I 先ゴム J 踵ゴム K スプリングゴム L サイム用ボルト M バンパー						
					<input type="checkbox"/> 借受け	部	品	名	期	間	か	月		
	理	由												
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名 <span style="float: right;">印</span></p>														

( R6. 6 )

## 【記入上の留意事項】

- 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
  - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
  - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
  - (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。