

補装具費支給要否意見書(上肢装具)

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・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()	
障がいの状況	【上肢の全般的な機能状態、装着部位の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
装具種別	1 オーダーメイド 2 レディメイド → 製品名()				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 肩装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 肘装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 手関節装具	A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付 D 掌側(背側)支柱付 E 軟性 <input type="checkbox"/> 把持装具			
	<input type="checkbox"/> 手装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 指装具	A 硬性 B フレーム C 軟性			
	<input type="checkbox"/> B F O				
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 ()指		
採	型	採寸	A 採型 B 採寸		
継 手	肩	継手	A 固定式 B 遊動式 C 肩回旋装置		
	肘	継手	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	手	継手	A 固定式 B 遊動式 C プラスチック継手		
	M	P	継手	A 固定式 B 遊動式	
	I	P	継手	A 固定式 → 1 硬性 2 フレーム B 遊動式 C 鋼線支柱	
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。 ※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。				
支 持 部	胸	郭	支持部	A 硬性 B フレーム	
	骨	盤	支持部	A 硬性 B フレーム	
	上	腕	支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 上腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造	
	前	腕	支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフベルト 2 前腕コルセット C 硬性 □ サンドイッチ構造	
	手	部	背側	パッド	A 硬性 B フレーム
	手	掌	パッド	A 硬性 B フレーム	
付	属	品	A 肘サポーター(支柱付き・支柱なし) B 基節骨パッド(硬性・フレーム) C 中・末節骨パッド(硬性・フレーム) D 対立バー E Cバー F アウトリガー G 伸展・屈曲補助バネ □ 輪ゴム H 肘当て I ターンバックル J ダイヤルロック K 内張り → 1 上腕部 2 前腕部 3 手部 L 懸垂帯		
完 成 用 部 品	肩	継手			
	肘	継手			
	手	継手			
	把持装具用部品				
	指装具用部品				
	<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</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

【記入上の留意事項】

(R6.6)

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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
- 5 「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。