

補装具費支給要否意見書(殻構造義手)

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	疾病・外傷発生年月日			年 月 日	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()	
	切断の部位・レベル			右 左 両側	極短 短 標準 長 極長	肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部
障 が い の 状 況	断 端 の 状 態	断端長	cm			
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし		
	浮 腫		1 あり 2 なし			
	断端の形		1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()			
	皮 膚	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	筋収縮で断端の形が → 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			
	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:)				
	上肢関節機能	【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 手	<input type="checkbox"/> 肩 義 手	1 普通用 2 肩甲胸郭間切断用				
	<input type="checkbox"/> 上 腕 義 手	1 差込式 2 吸着式				
	<input type="checkbox"/> 肘 義 手	1 差込式 2 吸着式				
	<input type="checkbox"/> 前 腕 義 手	1 差込式 2 顆上支持式 → ミュンスター型 ノースウェスタン型 3 スプリット式				
	<input type="checkbox"/> 手 義 手	1 差込式 2 キャップ式 3 スプリット式 4 有窓式				
	<input type="checkbox"/> 手 部 義 手	1 手袋式 2 前腕式				
	<input type="checkbox"/> 手 指 義 手	1 キャップ 2 部分ハンド 3 差込式				
使用効果見込						

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等
型 式		A 装飾用 B 作業用 C 能動式
処方部位		A 右 B 左 C 両側
ソケット		A アルミニウム、セルロイド B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂
ソフトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 完成用部品(ライナー)
支 持 部	肩 部	
	上腕部	A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(肩、上腕義手用)
	前腕部	A アルミニウム、セルロイド B 熱硬化性樹脂 C 作業用幹部(前腕義手用)
義 手 用 ハ ー ネ ス	肩義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式
	上腕義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 肩たすき一式 C 8字ハーネス一式
	前腕義手用	A 胸郭用ベルトハーネス一式 B 8字ハーネス一式 C 9字ハーネス一式 D たわみ継手(一組) E 前方支持バンド F 上腕カフ(三頭筋パッド)
外 装	肩 部	
	上腕部	A 皮革 B プラスチック C 塗装
	前腕部	
完 成 用 部 品	肩継手	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式
	肘継手	A 硬性たわみ B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ D 倍動ヒンジ E 能動単軸ブロック F 手動単軸ブロック(木製) G 作業用幹部式
	手継手	A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式 E 作業用幹部式 F 手部コネクタ
	手先具	A 能動ハンド B 能動フック C 装飾ハンド D 装飾手袋 E 作業用手先具
	その他	A ケーブルセット B ハーネス部品 C フック用先ゴム D 断端袋(上腕用、前腕用) E ライナーロックアダプタ F ライナー
<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>		

(H28.06)

【記入上の留意事項】

- 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」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
なお、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