

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】				
必要とする装具	<input type="checkbox"/> 肩装具	A 金属棒 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	<input type="checkbox"/> 肘装具	A 両側支柱 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> 手背屈装具	A パネル型 B トーマス型 C オッペンハイマー型 D 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	<input type="checkbox"/> 長対立装具				
	<input type="checkbox"/> 短対立装具				
	<input type="checkbox"/> 把持装具	A 手関節駆動式 B ハーネス駆動式			
	<input type="checkbox"/> MP屈曲装具	A パネル型 B プラスチック C 軟性			
	<input type="checkbox"/> MP伸展装具				
	<input type="checkbox"/> 指装具	A 指用ナックルベンダー B 指用逆ナックルベンダー			
<input type="checkbox"/> B.F.O.					
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等
処 方 部 位	右 左 両	
	()指	
採 型 ・ 採 寸		A 採型 B 採寸
支 持 部	胸郭支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム
	骨盤支持部	A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム
	上腕支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 上腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)
	前腕支持部	A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 前腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)
	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
継 手	肩 継 手	A 固定 B 遊動 C 肩回旋装置
	肘 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手
	手 継 手	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱
	M P 継 手	A 固定 B 遊動
	I P 継 手	A 固定 → 1 金属(アルミニウム) 2 モールド(熱可塑性樹脂) B 遊動 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。		
付 属 品		A 基節骨パッド → モールド フレーム B 中・末節骨パッド → モールド フレーム C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助バネ G 肘当て H ターンバックル I ダイヤルロック J 内張り → 上腕部 前腕部 手部 K 懸垂帯
完 成 用 部 品	肩 継 手	
	肘 継 手	
	把持装具用部品	
	指用装具用部品	
<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】

(H28.06)

- 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