補装具費支給意見書・処方箋（義手）

様式１

氏名		男・女	生年月日	ＭＴ ＳＨ　　年　　月　　日	歳
住所					
職業		原因傷病名	（疾病・外傷発生年月日：　　年　　月　　日頃） ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病（難病等）に該当 （　□する・□しない　）		
障害名	（　　級）				

１．申請する補装具の名称	

２．障害・疾患等の状況について記載してください

切断肢	右　左　両側	切断日	年　月　日　頃	断端長	ｃｍ	
切断部位	肩甲胸郭間　肩関節　上腕部　肘関節　前腕部　手関節　手根骨　中手骨 基節骨（第　指）　中節骨（第　指）					
断端の状態	形状	骨端部の突出	なし　あり			
		浮腫	なし　あり			
		断端の形	円錐形　円筒形　球根状			
	皮膚	術創の状態	治癒　治癒していない（状態：　）			
		瘢痕の有無	なし　あり（状態：　）			
		皮膚組織	ふつう　硬い　柔らかい			
		血流（循環）	よい　よくない（　）			
	感覚障害		なし　感覚脱失　感覚鈍麻　感覚過敏　その他（　）			
	疼痛		なし　自発痛　圧痛　運動痛　神経腫　幻肢痛			
上肢関節機能	（上位関節の可動性、筋力の状態）					
その他の所見						

３．申請する義手の目的、効果見込みについて記載してください

主たる使用目的	装飾　作業　その他（　）
効果見込み	

４．現在、使用・所持している義手があれば状況について記載してください（　なし　・　あり　）

使用状況	
作り替えが必要な理由 （破損・不適合状況等）	

【 処 方 】

構　造		殻構造　・　骨格構造							
基本構造	部位 （ **右・左** ）	肩甲胸郭間 A-1	肩 A-1	上腕 A-2	肘 A-3	前腕 A-4	手 A-5	手部 A-6	手指 A-7
	型式	装飾用　作業用　能動式　電動（　　）　その他（　　）							
	形式	差し込み式　顆上懸垂式　吸着式　スプリットソケット							
	加算項目	肩甲胸郭間切断用　チェックソケット（ ライナー等使用した場合　透明プラスチック ）							
製作要素	ソケット	熱硬化性樹脂　熱可塑性樹脂　アルミニウム　セルロイド　皮革							
	ソフトインサート	軟性発泡樹脂　皮革・軟性発泡樹脂　皮革							
	支持部	殻構造 〈 アルミニウム　セルロイド　熱硬化性樹脂　作業用（ 上腕部 ・ 前腕部 ） 〉							
		骨格構造 〈 肩義手用　上腕義手用　前腕義手用 〉　□ソケットに続く部分の形状調整等の加算							
	ハーネス	胸郭ﾊﾞﾝﾄﾞ式（肩・上腕・前腕）ﾊｰﾈｽ一式　肩たすき一式　８字ﾊｰﾈｽ一式　９字ﾊｰﾈｽ一式 たわみ継手（一組）　前方支持ﾊﾞﾝﾄﾞ　上腕ｶﾌ（三頭筋ﾊﾟｯﾄﾞ）　その他（　　）							
	外装	殻構造　〈 皮革　プラスチック　塗装 〉							
		骨格構造 〈 肩義手用　上腕義手用　前腕義手用 〉							
完成用部品	肩継手	隔板式　屈曲・外転式　ユニバーサル式							
	肘継手	**殻構造　硬性たわみ式　単軸ﾋﾝｼﾞ（ 遊動式　手動式　能動式 ）　多軸ﾋﾝｼﾞ式** **倍動ﾋﾝｼﾞ（ ﾘﾝｸ式　歯車式 ）　能動単軸ﾌﾞﾛｯｸ式　手動単軸ﾌﾞﾛｯｸ式　作業用幹部式**							
		骨格構造　単軸式（ 単軸固定式　軸摩擦式 ）							
	手継手	面摩擦式　軸摩擦式　迅速交換式　屈曲式　作業用幹部式　手屈曲式　手部ｺﾈｸﾀ							
	手先具	能動ハンド　能動フック　装飾ハンド　装飾手袋　作業用手先具　手袋							
	外装部品	コネクションプレート　フォームカバー							
	その他	ケーブルセット　ハーネス部品　フック用先ゴム　ライナーロックアダプター ライナー（ ピンアタッチメント　なし　あり ）　断端袋（ 上腕用　前腕用 ） その他の部品（　　）　※筋電義手に使用する完成用部品は特記事項に記載							

特記事項 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり意見、処方する。　所　在　地

平成　年　月　日　医療機関名

医師氏名　印

上記処方により医学的に適合したことを証明する。　所　在　地

平成　年　月　日　医療機関名

医師氏名　印

平成　年　月　日

材料･工作法等検査　職・氏名　印