

補装具費支給意見書・処方箋（殻構造義足）

様式 2

氏名			男・女	生年月日	M T S H	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	c m		
切断部位	骨盤部 股関節 大腿部 膝関節 下腿部 足関節 サイム切断 ショパール関節 リスフラン関節 中足骨 足趾（第 趾）								
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							
下肢関節機能	(上位関節の可動性、筋力の状態)								
その他の所見									
3. 申請する義足の目的、効果見込みについて記載してください□									
1日の装用時間	日中常時 日中外出時のみ 作業時のみ 移乗動作時のみ その他（ ）								
主たる使用目的	歩行 介助歩行 移乗 立位 その他（ ）								
主たる使用場所	自宅（ 屋内 ・ 屋外 ） 学校・職場・作業場等 その他（ ）								
効果見込み									
4. 現在、使用・所持している義足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 】

[illegible]