

補装具費支給意見書・処方箋（殻構造義足）

様式2

氏名				生年月日	M T S H R	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) ※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 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> 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	断端長	cm
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 】

部位 (右・左)		股 B-1	大腿 B-2	膝 B-3	下腿 B-4	サィム・果 B-5	果・足根 B-6	足指 B-7	
基本構造	形式	受皿式 ｶｯﾌﾟ式	差込式 ﾗｲﾈｰ式 吸着式	差込式 ﾗｲﾈｰ式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式	鋼板入り 足袋式 下腿部支持式		
	加算項目	片側骨盤切断用 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾌﾞﾗｽﾁｯｸ (ﾍﾞﾙﾄ等使用した場合 透明ﾌﾞﾗｽﾁｯｸ)							
製作要素	ソケット	木製 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ							
	加算要素	二重式ソケット ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ							
	ソフトインサート	皮革 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ							
	支持部	常用 作業用	股部						
			大腿部 (木製 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ)						
			下腿部 (木製 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ)						
		足部 (ﾍﾞﾙﾄ)							
	作業用 (鉄脚使用)	大腿部 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ							
	懸垂用部品	股義足用	懸垂帯一式						
		大腿 (膝) 義足用	ｼﾞｬﾝﾊﾟｰ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ						
		下腿義足用	腰ﾊﾞﾝﾄﾞ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ						
	外装	股部	皮革 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ						
		大腿部	皮革 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ						
		下腿部	皮革 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ						
足部		表革 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ							
完成用部品	股継手	ﾋﾝｼﾞ継手 (伸制限付遊動式・伸制限付外転式) ﾍﾞﾙﾄ					部品名		
	膝継手	ﾋﾝｼﾞ継手 (大腿遊動式・下腿遊動式・横引き固定式・前止め固定式) ﾍﾞﾙﾄ					部品名		
	足部	固定足部	単軸足部	多軸足部	SACH足部	装飾足袋	部品名		
	その他	ﾊﾞﾝﾊﾟｰ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾗｲﾈｰ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ 断端袋 (大腿用 ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ) ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ 先ゴム ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾌｯﾄｶﾊﾞｰ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ ﾍﾞﾙﾄ					KBMウエッジ 小児用) リアルソックス		
特記事項 (指示)									
上記のとおり意見、処方する。所在地 令和 年 月 日 医療機関名 (自署又は記名押印) 医師氏名									
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 令和 年 月 日 医療機関名 (自署又は記名押印) 医師氏名									
令和 年 月 日 製品検査 職・氏名									