

補装具費支給意見書・処方箋（上肢装具）

様式7

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（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）								
運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ()							
感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他 ()							
上肢機能	部位	右	障害 (なし ・ あり)					
		左	障害 (なし ・ あり)					
	所見	(関節の可動性、筋力、変形などを記載してください)						
その他の所見	(傷病名・合併症などを記載してください)							
3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください								
1日の装用時間	常時（就寝時含む） 日中のみ 夜間のみ 作業時のみ その他 ()							
主たる使用目的	日常生活用 作業時のみ その他 ()							
効果見込み								
4. 現在、使用・所持している上肢装具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・両)	肩 D-1	B F O D-2	肘 D-2 D-3	手背屈 D-4	長対立 D-4	把 持 D-4	短対立 D-5	MP屈曲・伸展 D-5	指 D-6	
基本型式	採型区分	採型 採寸									
	構造	(1)肩装具 (2)肘装具 (3)手関節背屈保持装具 (4)長対立装具 (7)MP屈曲(伸展)補助装具 (8)指装具 A. 金属枠 A. 両側支柱 A. パネル型 (5)短対立装具 A. パネル型 (9)B F O B. 硬性 B. 硬性 B. トーマス型 (6)把持装具 B. プラスチック C. 分娩麻痺用 C. 軟性 C. オープンハイマー型 A. 手関節駆動式 C. 軟性 D. 硬性 B. ハーネス駆動式									
継手	種類				個数	完成用部品名			個数		
	肩	固定式(片側)	遊動式(片側)	肩回旋装置	× ()				× ()		
	肘(片側)	固定式	遊動式	プラスチック継手	× ()				× ()		
	手(片側)	固定式	遊動式		× ()				× ()		
		プラスチック継手	鋼線支柱								
	MP	固定式	遊動式		× ()				× ()		
IP	固定式(金属(アルミニウム) モールド(熱可塑性樹脂))				× ()				× ()		
		遊動式	鋼線支柱								
支持部	種類							個数			
	胸郭(半身)	モールド(熱可塑性樹脂)		フレーム				× ()			
	骨盤(半身)	モールド(熱可塑性樹脂)		フレーム				× ()			
	上 腕	半月						× ()			
		皮革等(カフバンド 上腕コルセット)		モールド(熱可塑性樹脂)				× ()			
		モールドのサンドイッチ構造加算						× ()			
	前 腕	半月						× ()			
		皮革等(カフバンド 前腕コルセット)		モールド(熱可塑性樹脂)				× ()			
	モールドのサンドイッチ構造加算						× ()				
手部背側パッド	モールド		フレーム				× ()				
手掌パッド	モールド		フレーム				× ()				
その他	加算要素	基節骨パッド(モールド フレーム) × ()				図示※装具名称と略図及び説明を記載					
		中・末節骨パッド(モールド フレーム) × ()									
		対立バー × ()	Cバー × ()	アウトリガー × ()							
		伸展・屈曲補助パネ × ()		肘当て × ()	ターンバックル × ()						
		ダイヤルロック × ()		内張り (上腕部 前腕部 手部) × 各 ()							
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							