

補装具費支給意見書・処方箋（骨格構造義足）

様式3

氏名					生年月日	M S	T 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 (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	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 】

基本構造	部 位	(右 ・ 左)							
	名 称	1.股義足	2.大腿義足	3.膝義足	4.下腿義足	5.サイム義足			
	採型区分	B - 1	B - 2	B - 3	B - 4	B - 5			
	型 式	1.差込式	2.ライナー式	3.吸着式	4.PTB式	5.PTS式	6.KBM式	7.TSB式	8.有窓式
	加 算	1.片側骨盤切断用 2.キップシャフト 3.坐骨収納型ソケット 4.大腿支柱付き 5.チェックソケット(シリコン又はライナー 透明プラスチック)							
製 作 要 素	ソケット	1.熱硬化性樹脂 2.熱可塑性樹脂 3.木製 4.皮革 二重式ソケット							
	加 算	1.エアクッションソケット 2.カーボンストッキネット							
	ソフトインサート	1.皮革 2.軟性発泡樹脂 3.皮革・軟性発泡樹脂 4.皮革・フェルト 5.シリコン							
	支持部	1.股義足用 2.大腿義足用 3.膝義足用 4.下腿義足用(サイム義足含む) 土台修正							
	懸垂用 部品	股	1.懸垂帯一式						
		大腿 膝	1.シレジアバンドー式 2.肩吊り帯 3.腰バンド 3.横吊帯 4.義足用股吊帯一式						
		下腿 サイム	1.腰バンド 2.横吊帯 3.大腿コルセットー式 4.P T Bカフベルトー式						
断端袋	1.大腿用 2.下腿用								
外 装	1.股義足用 2.大腿義足用 3.膝義足用 4.下腿義足用 リアルソックス								
完 成 用 部 品	股膝手	カナダ式	ロック式	部品名					
	膝継手	単軸膝	安全膝	多軸膝	部品名				
	足継手	固定式(S A C H足用)		遊動式	部品名				
	足 部	S A C H足部	単軸足部	多軸足部	サイム用足部	部品名			
	義足(足部) 調整用部品	ブロック	コネクタ	チューブ	クランプアダプタ	ターンテーブル			
	外装用部品	トルクアップソーパー		伸展屈曲補助装置	バンパー	ボルト			
		保護カバー	コネクションプレート		リアルソックス				
その他	フォームカバー(a.股・大腿用 b.下腿用)		ストッキネット(a.股・大腿用 b.下腿用)						
	吸着バルブ	懸垂ベルト(a.股・大腿用 b.下腿用)		K B Mウエッジ					
	ライナーロックアダプタ	ライナー(ピンアタッチメント なし ・ あり)							
	バッテリーキット	フットカバー	スペクトラソックス						
その他の部品()									
特記事項									
上記のとおり意見、処方する。				所 在 地					
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					
年 月 日				医 療 機 関 名					
(自署又は記名押印)				医 師 氏 名					
年 月 日				職 ・ 氏 名					
製品検査									