

補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用）

氏名	年 月 日 生 ( 歳 )
障害名及び原因となった疾病・外傷名	
<p>障害・疾患等の状況</p> <p>※下記補装具を必要とする理由が明確となるよう記載する。(病歴、全身所見、合併症、ADL等)                  ※断面面の状態も記載する。修理・更新の場合は破損、不適合の状況も記載する。</p>	
必要と認めらる補装具	補装具の種目, 名称 (左右を明記)  (現在使用中の補装具名「 <span style="float: right;">」</span> ) ※治療用装具の場合は、名称の前に(治)と記載する。
	処 方 次頁処方箋のとおり
	使用効果見込み (注: 借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)  ・介助が不要となる ・食事 ・装飾的效果 ( その他 具体的動作 )
上記のとおり意見、処方する  年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	

【記入上の留意事項】

身体障害者福祉法第15条に定める指定医師等、所定の資格を有する医師が作成すること。

# 補装具費支給（修理）意見書・処方箋（義手用）

（2/2 ページ）

氏名				生年月日	年 月 日 ( ) 歳		
住所					TEL		
医学的 所見	疾患名			切断部位	左	右	職業 (具体的に)
	障害名			断端長	cm		
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	A - ( )		種目名称別コード	
名称	1. 肩義手用 2. 上腕義手用 3. 肘義手 4. 前腕義手 5. 手義手 6. 手部義手 7. 手指義手		型式・基本価格	1. 能動式 2. 電動式 3. その他 <input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用		加算	1. 肩甲胸郭間切断用 2. 吸着式 3. 顆上懸垂式 4. スプリットソケット 5. チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明チェックソケット

**【製作要素】**

ソケット	1. 皮革 2. 熱硬化性樹脂 3. 熱硬化性樹脂(電動式) 4. 熱可塑性樹脂 5. 熱可塑性樹脂(電動式)		インサート	1. 皮革 2. 軟性発泡樹脂 3. 皮革・軟性発泡樹脂		殻構造		骨格構造	
	義手用ハーネス	1. 肩義手用      a. 胸郭バンド式肩ハーネス一式 b. 肩たすき一式 2. 上腕義手用    3. 肘義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式 b. 肩たすき一式                      c. 8字ハーネス一式 4. 前腕義手用    5. 手義手用        6. 手部義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式 b. 8字ハーネス一式 c. 9字ハーネス一式 d. たわみ継手(一組) e. Yストラップ f. 上腕カフ(三頭筋パッド)				支持部		1. 能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 2. 電動式 <input type="checkbox"/> 上腕部 3. その他    a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 熱硬化性樹脂 b. 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 手部  <input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用
外装						<input type="checkbox"/> 肩部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 上腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装 <input type="checkbox"/> 前腕部 a. 皮革 b. プラスチック c. 塗装	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用		
断端袋	1. 上腕用 2. 前腕用								

**【完成用部品価格】**

完成用部品								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

特記事項、使用者の希望事項など記述すること

(借受けの希望 有・無 )

処方	年 月 日	仮合せ	年 月 日	良・不良
採型	年 月 日	適合判定	年 月 日	