

補装具費支給要否意見書(殻構造義手)

氏名		男女	生年月日	年月日生	歳	
住所						
障がい名						
原因となった 疾病・外傷名	疾病・外傷発生年月日			年月日	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災 疾病・先天性・その他()	
	右 左 両側			極短 短 標準 長 極長	肩 上腕 肘 前腕 手 手根骨部	
障がいの 状況	断端	断端長	cm			
		形状	骨端部の突出	1 あり	2 なし	
	浮腫		1 あり	2 なし		
	断端の形		1 円錐形	2 円筒形	3 しもぶくれ	4 その他()
	皮膚	術創の状態	1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり → <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー			
		瘢痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		一般状態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常()			
	皮下組織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常()			
		硬さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい			
		その他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない			
	血流(循環)	皮膚の色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ			
		皮膚温	1 正常 2 高い 3 低い			
	痛み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛				
	幻肢	1 なし 2 あり → (部位: 程度: 可動性:)				
状況	上肢関節機能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること】				
その他の所見						
必要とする義手	<input type="checkbox"/> 肩 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間切断用				チェック ソケット <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 上腕 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 吸着式				
	<input type="checkbox"/> 肘 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 吸着式				
	<input type="checkbox"/> 前腕 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用) <input type="checkbox"/> 顆上懸垂式 <input type="checkbox"/> スプリット				
	<input type="checkbox"/> 手 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用)				
	<input type="checkbox"/> 手部 義手	1 能動式 2 電動式 3 その他(<input type="checkbox"/> 装飾用・ <input type="checkbox"/> 作業用)				
	<input type="checkbox"/> 手指 義手	1 能動式 2 その他(装飾用)				
使用効果見込						

処	方	使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処	方 部 位	A 右 B 左 C 両側			
ソ	ケ ッ ト	A 皮革 B 熱硬化性樹脂 C 熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 電動式			
ソ	フ ト イ ン サ ー ト	A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 完成用部品(ライナー)			
支 持 部	肩 部	A 能動式 B 電動式 C その他 <input type="checkbox"/> 修正有り			
	上 腕 部	A 能動式 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂 B 電動式 C その他 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂			
	前 腕 部	A 能動式 B 電動式 C その他 → <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂			
	手 部	A 電動式			
義 手 用 ハ ー ネ ス	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			
	上 腕 義 手 用 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			
	前 腕 義 手 用 手 義 手 用 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 たわみ式肘継手(一組) E Yストラップ F 上腕カフ(三頭筋パッド)			
断	端 袋	A 上腕用 B 前腕用			
外	装	A 皮革 B プラスチック C 塗装			
完 成 用 部 品	肩 継 手	A 隔板式 B 屈曲・外転式 C ユニバーサル式			
	肘 継 手	A 硬性たわみ式 B 単軸ヒンジ C 多軸ヒンジ式 D 倍動ヒンジ E 能動単軸ブロック式 F 手動単軸ブロック式			
	手 継 手	A 面摩擦式 B 軸摩擦式 C 迅速交換式 D 屈曲式 E 手部コネクタ			
	手 先 具	A 能動ハンド B 能動フック C 装飾ハンド D 装飾手袋			
	そ の 他	A ケーブルセット B ハーネス部品 C フック用先ゴム D ライナーロックアダプタ E ライナー			
<input type="checkbox"/> 借受け	部品名		期間	か月	
	理由				
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 科 名</p> <p>作 成 医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

(R6. 6)

【記入上の留意事項】

- 1 身体障害者福祉法第15条の規定に基づき指定された医師が記入すること。
- 2 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 3 処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 4 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
 - (1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
 - (2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等
 - (3)その他参考となる事項
- 5 「借受け」を処方した場合は部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。