

補装具費支給意見書・処方箋（殻構造義足）

様式2

氏名			男・女	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 日頃) ※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	頃	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 )	股 B-1	大腿 B-2	膝 B-3	下腿 B-4	サム・果 B-5	足根中足 B-6	足指 B-7	
	形式	受皿式 カナダ式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式	差込式 有窓式			
	加算項目	片側骨盤切断用 キップシャフト 大腿支柱付き 坐骨収納型ソケット チェックソケット ( ライナー等使用した場合 透明プラスチック )							
製作要素	ソケット	木製 アルミニウム セルロイド 皮革 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂							
	加算要素	二重式ソケット エアクッションソケット カーボンストッキネット							
	ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコーン							
	支持部 常用	股部							
		大腿部	木製	アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂			
		下腿部	木製	アルミニウム	セルロイド	熱硬化性樹脂			
		足部	軟性発泡樹脂						
	作業用	大腿部 下腿部							
	懸垂用部品	股義足	懸垂帯一式						
		大腿 (膝)	シレジアバンド一式	肩吊り帯	腰バンド	横吊帯	義足用股吊带		
		下腿	腰バンド	横吊帯	大腿もも締め一式	PTBカフベルト一式			
	外装	股部	皮革	プラスチック	塗装				
		大腿部	皮革	プラスチック	塗装				
		下腿部	皮革	プラスチック	塗装				
足部		表革	裏革	塗装	リアルソックス				
完成用部品	股継手	ヒンジ継手 ( 伸展制限付遊動式 伸展制限付外転式 ) カナダ式					部品名		
	膝継手	ヒンジ継手 ( 大腿遊動式 下腿遊動式 横引き固定式 前止め固定式 ) 鉄脚 ブロック継手 ( 遊動式 固定・遊動切替式 安全膝 )					部品名		
	足部	固定足部	単軸足部	多軸足部		部品名			
	その他	バンパー 吸着バルブ 懸垂ベルト ( 股・大腿用 下腿用 ) KBMウエッジ ライナーロックアダプター ライナー ( ピンアタッチメントなし ピンアタッチメントあり 小児用 ) 断端袋 ( 大腿用 下腿用 ) ベルト付先ゴム SACH用アングルブロック リアルソックス 先ゴム 踵ゴム スプリングゴム 前止め金具 サイム用ボルト ラミネーションポスト フットカバー スペクトラソックス 除圧パッド その他 ( )							
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						
			医師氏名						
			印						
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						
			医師氏名						
			印						
令和 年 月 日			職・氏名						
材料・工作等検査			印						