様式２－１－１（表面）

**補装具費支給に関する意見書（殻構造義手用）**

**※太枠欄は記入しないでください。**

|  |
| --- |
| **身　体　障　害　者　更　生　相　談　所　審　査　欄** |
| 審査結果 | １　適当　　　２　不適当　　　３　要確認 |
| 【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】 |
| 審査医師 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 審査年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 男･女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  | 歳 |
| 原因となった疾病・外傷名 | □先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　　　　　　　）　病名：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 疾病・外傷発生年月 | 　　　　　　　　年　　月ごろ |
| 切断・離断・欠損部位 | 【上　肢】右（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕　□手関節　□手根骨　□中手骨　□基節骨(第　　指)　□中節骨(第　　指)　□末節骨(第　　指)）左（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕　□手関節　□手根骨　　□中手骨　□基節骨(第　　指)　□中節骨(第　　指)　□末節骨(第　　指)） |
| 切断施術 | 　　　　　　年　　月ごろ |
| 現在の障害部位の状況 | 【ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 |
| 使用中補装具の状況 | 使用中の補装具（ あり ・ なし ）**【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】** |

裏面に続く

様式２－１－１（裏面）

|  |  |
| --- | --- |
| 製作部位及び製作区分 | 【部位】□右　 　□左　 　□両側　　　【区分】□新規　　□再製作　　□修理　　□借受け＊再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。 |
| 処方補装具名（採型区分・基本価格） | □肩義手　 | □上腕義手　 | □肘義手　　 | □前腕義手　 |
| □手義手　 | □手部義手　 | □手指義手（□多指　　□１指）　 |
| 型式 | □能動式 | □電動式 | □その他（ □装飾用　□作業用 ） |
| 加算 | □肩甲胸郭間切断用　　　 | □吸着式 | □顆上懸垂式 | □スプリットソケット |
| □チェックソケット（□シリコーン又はライナー　□透明プラスチック） | □ダイレクトソケットシステム |
| ソケット | □皮革　 | □熱硬化性樹脂 | □熱可塑性樹脂　　　　 | □電動式加算 |
| ソフトインサート | □皮革 | □軟性発泡樹脂 | □皮革・軟性発泡樹脂 |
| 支持部 | □能動式 | □肩部　　□上腕部（ □熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂 ）　□前腕部 |
| □電動式 | □肩部　　□上腕部　　□前腕部　　□手部 |
| □その他 | □肩部　　□上腕部（ □熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂 ）□前腕部（ □熱硬化性樹脂　□熱可塑性樹脂 ） |
| □肩義手：ソケット部形状修正 又は 上腕部との接続部の修正 |
| 義手用ハーネス | □胸郭バンド式ハーネス一式　　□肩たすき一式　 □８字ハーネス一式　 □９字ハーネス一式□たわみ式肘継手 □Ｙストラップ　 □上腕カフ（三頭筋パッド） |
| 断端袋 | □上腕用　 | □前腕用 |
| 外装 | 部位 | □肩部　　 | □上腕部 | □前腕部 |
| 素材 | □皮革　 | □プラスチック | □塗装 |
| 完成用部品 | 肩継手 | □ 隔板式　　□ 屈曲・外転式　　□ ユニバーサル式**完成用部品名（　　　　　　　　 　　　　　　 　 　）** |
| 肘継手 | □ 硬性たわみ式　□ 単軸ヒンジ （１ 遊動式　２ 手動式　３ 能動式）　　　□ 多軸ヒンジ式　　□ 倍動ヒンジ（１ リンク式　２ 歯車式）□　能動単軸ブロック式　　□　手動単軸ブロック式**完成用部品名（　 　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　 　　　）** |
| 手継手 | □ 面摩擦式　□ 軸摩擦式　 □ 迅速交換式　□ 屈曲式 □ 手部コネクタ**完成用部品名（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 手先具 | □ 能動ハンド 　 □ 能動フック　　□　装飾ハンド□ 装飾手袋（コスメチックグラブ） □ 作業用手先具**完成用部品名（　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 ）** |
| その他 | □ ケーブルセット □ ハーネス部品 　□ ライナーロックアダプタ　 □ ライナー（ピンアタッチメント　あり・なし）　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）** |
| 製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等 | 【上記完成用部品以外の指定や、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】 |
| 使用効果見込 | **【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】**※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。 |
| 上記のとおり意見します。　　年　　月　　日医療機関名所在地作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　　　（　　　　　）* 下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第１項に基づき都道府県知事の定める医師 |

様式２－１－２（表面）

**補装具費支給に関する意見書（殻構造義足用）**

**※太枠欄は記入しないでください。**

|  |
| --- |
| **身　体　障　害　者　更　生　相　談　所　審　査　欄** |
| 審査結果 | １　適当　　　２　不適当　　　３　要確認 |
| 【審査結果が２～３の場合は、その理由・内容等】 |
| 審査医師 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 審査年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 男･女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  | 歳 |
| 原因となった疾病・外傷名 | □先天性　□疾病　□交通　□労災　□その他（　　　　　　　　　　　　　）(病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 疾病・外傷発生年月 | 　　　　　　年　　月ごろ |
| 切断・離断・欠損部位 | 　【下　肢】右（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝　□下腿　□足関節　□サイム　□ショパール　□リスフラン　□中足骨　□足指）左（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝　□下腿　□足関節　□サイム　□ショパール　□リスフラン　□中足骨　□足指） |
| 切断施術 | 　　　　　　年　　月ごろ |
| 現在の障害部位の状況 | 【ＦＩＭやＢＩ等ＡＤＬ機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】 |
| 使用中補装具の状況 | 使用中の補装具（ あり ・ なし ）**【使用中の場合はその具体的状況を御記入ください。】** |

裏面に続く

|  |  |
| --- | --- |
| 製作部位及び製作区分 | 【部位】□右　 　□左　 　□両側　　【区分】□新規　　□再製作　　□修理　□借受け＊再製作の場合、修理対応が困難な理由について御記入ください。 |
| 処方補装具名（採型区分・基本価格） | □股義足　 | □大腿義足　 | □膝義足　 | □下腿義足　 |
| □サイム義足　 | □足根中足義足  | □足趾義足  |
| 型式 | □差込式 | □ライナー式 | □吸着式 | □ＰＴＢ式 |
| □ＰＴＳ式 | □ＫＢＭ式 | □ＴＳＢ式 | □有窓式 |
| □足袋式 | □下腿部支持式 |
| 加算 | □片側骨盤切断用 | □短断端切断用キップシャフト | □坐骨収納型ソケット | □大腿支柱付き |
| □チェックソケット（□シリコーン又はライナー　□透明プラスチック） | □ダイレクトソケットシステム |
| ソケット | 材料 | □木製 | □皮革 | □熱硬化性樹脂 | □熱可塑性樹脂 |
| 加算 | □エアクッションソケット | □カーボンストッキネット | □下腿部支持式 |
| 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 | □下腿部支持式 |
| 支持部 | 材料 | □股部　　□大腿部（ □木製　□熱硬化性樹脂 ）　□下腿部（ □木製　□熱硬化性樹脂 ）□足部（軟性発泡樹脂）　 |
| 加算 | □股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正　□鉄脚使用 |
| 義足懸垂用部品 | □懸垂帯一式　　□シレジアバンド一式　　□肩吊り帯　　□腰バンド　　□横吊帯□義足用股吊帯一式　　□腰バンド　　□横吊帯　　□大腿コルセット一式　□ＰＴＢカフベルト一式 |
| 断端袋 | □大腿用　　 | □下腿用 |
| 外装 | □皮革　　　　　　　　　　 | □プラスチック | □塗装 | □表革 |
| □裏革 | □リアルソックス　　**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　）** |
| 完成用部品 | 股継手 | **完成用部品名（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）** |
| 膝継手 | ヒンジ継手（１大腿遊動式　　２下腿遊動式）**完成用部品名（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）** |
| 足部 | □ 多軸足部　　□ ＳＡＣＨ足部　 □ 装飾足袋**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 足部調整用部品 | **完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| その他 | □ 吸着バルブ　　　　□ 懸垂ベルト（□ 股・大腿用 □ 下腿用）□ ＫＢＭウェッジ　　□ ライナーロックアダプタ　 □ ライナー（ピンアタッチメント　あり・なし）　□ ベルト付先ゴム　　□ ＳＡＣＨ式アンクルブロック　□ リアルソックス　□ 先ゴム　□ 踵ゴム　　□ スプリングゴム　　□ サイム用ボルト　□ フットカバー　　□スペクトラソックス　□除圧パッド　□その他（　　　　　　　　　　）**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ）** |
| 製作（購入）、修理・借受けにあたっての留意点等 | 【上記完成用部品以外の指定や、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】 |
| 使用効果見込 | **【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】**※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。 |
| 上記のとおり意見します。　　年　　月　　日医療機関名所在地作成医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話番号　　　　　　　　（　　　　　）* 下記の該当する項目にチェックしてください。（いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。）

□　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で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）□　指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会において認定されている専門医（※注）□　国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師□　【難病患者等に限る】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第１項に基づき都道府県が定める医師 |

様式２－１－２（裏面）