

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 不適當 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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () 病名：()			
疾病・外傷 発生年月	年 月 日			
切断・離断 ・欠損部位	【上 肢】 右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指))			
切断施術	年 月 日			
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。】			

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 不相当 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	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名：)		
疾病・外傷 発生年月	年 月 日		
切断・離断 ・欠損部位	【下肢】 右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)		
切断施術	年 月 日		
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2-1-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 股義足	<input type="checkbox"/> 大腿義足	<input type="checkbox"/> 膝義足	<input type="checkbox"/> 下腿義足
	<input type="checkbox"/> サイム義足	<input type="checkbox"/> 足根中足義足	<input type="checkbox"/> 足趾義足	
型式	<input type="checkbox"/> 差込式	<input type="checkbox"/> ライナー式	<input type="checkbox"/> 吸着式	<input type="checkbox"/> PTB式
	<input type="checkbox"/> PTS式	<input type="checkbox"/> KBM式	<input type="checkbox"/> TSB式	<input type="checkbox"/> 有窓式
	<input type="checkbox"/> 足袋式	<input type="checkbox"/> 下腿部支持式		
加算	<input type="checkbox"/> 片側骨盤切断用	<input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト	<input type="checkbox"/> 坐骨収納型ソケット	<input type="checkbox"/> 大腿支柱付き
	<input type="checkbox"/> チェックソケット(<input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック)		<input type="checkbox"/> ダイレクトソケットシステム	
ソケット	材料	<input type="checkbox"/> 木製	<input type="checkbox"/> 皮革	<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂
	加算	<input type="checkbox"/> アクションソケット <input type="checkbox"/> カーボンストックネット <input type="checkbox"/> 下腿部支持式		
ソフトインサート	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> 軟性発泡樹脂 <input type="checkbox"/> 皮革・軟性発泡樹脂			
	<input type="checkbox"/> 皮革・フェルト <input type="checkbox"/> シリコン <input type="checkbox"/> 下腿部支持式			
支持部	材料	<input type="checkbox"/> 股部 <input type="checkbox"/> 大腿部 (<input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂) <input type="checkbox"/> 下腿部 (<input type="checkbox"/> 木製 <input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂) <input type="checkbox"/> 足部 (軟性発泡樹脂)		
	加算	<input type="checkbox"/> 股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正 <input type="checkbox"/> 鉄脚使用		
義足懸垂用品	<input type="checkbox"/> 懸垂帯一式 <input type="checkbox"/> シレジアバンド一式 <input type="checkbox"/> 肩吊り帯 <input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯 <input type="checkbox"/> 義足用股吊帯一式 <input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯 <input type="checkbox"/> 大腿コルセット一式 <input type="checkbox"/> PTBカフベルト一式			
断端袋	<input type="checkbox"/> 大腿用	<input type="checkbox"/> 下腿用		
外装	<input type="checkbox"/> 皮革 <input type="checkbox"/> プラスチック <input type="checkbox"/> 塗装 <input type="checkbox"/> 表革			
	<input type="checkbox"/> 裏革	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (<input type="checkbox"/> 股・大腿用 <input type="checkbox"/> 下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウェッジ <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (ピンアタッチメント あり・なし) <input type="checkbox"/> ベルト付先ゴム <input type="checkbox"/> SACH式アングルブロック <input type="checkbox"/> リアルソックス <input type="checkbox"/> 先ゴム <input type="checkbox"/> 踵ゴム <input type="checkbox"/> スプリングゴム <input type="checkbox"/> サイム用ボルト <input type="checkbox"/> フットカバー <input type="checkbox"/> スペクトラソックス <input type="checkbox"/> 除圧パッド <input type="checkbox"/> 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 電話番号 () 印				
※ 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。) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 【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				