様式２－２－１（表面）

**補装具費支給に関する意見書（骨格構造義手用）**

**※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）左（□肩甲胸郭間　□肩　□上腕　□肘　□前腕） |
| 治療経過 | 【症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。】　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２－２－１（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　 |
| 型式 | □能動式 | □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 |
| 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 | □肩義手用 | □上腕義手用 | □肘義手用　　　　　 | □前腕義手用 |
| □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 | □胸郭バンド式肩ハーネス一式　　□胸郭バンド式上腕ハーネス一式　□胸郭バンド式前腕ハーネス一式　□肩たすき一式　　　□８字ハーネス一式　□９字ハーネス一式　　　　　 　 □上腕カフ（三頭筋パッド） |
| 断端袋 | □上腕用　　　　□前腕用 |
| 外装 | □肩義手用　　□上腕義手用　　□肘義手用　　　□前腕義手用 |
| 完成用部品 | 肩継手 | □屈曲・外転式　　　□ユニバーサル式**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 肘継手 | □単軸式（単軸固定式）　□単軸式（軸摩擦式） □作業用幹部式**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 手継手 | □面摩擦式　□軸摩擦式 □手屈曲式 □手部コネクタ　□作業用幹部式**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 義手調整部品 | □ソケットアダプター　□チューブ　**完成用部品名（　 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）** |
| 手先具 | □装飾ハンド　 □手袋（コスメチックグラブ） □作業用手先具**完成用部品名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）** |
| 外装部品 | □ コネクションプレート □ フォームカバー**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）** |
| その他 | □ 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）　□ その他の部品（　　　　　　　　　　　　　）**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２－２－２（表面）

**補装具費支給に関する意見書（骨格構造義足用）**

**※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）左（□片側骨盤　□股　□大腿　□膝　□下腿　□足関節　□サイム） |
| 治療経過 | 【 症状の経過及び診断・治療（既手術等）内容等について詳細に御記入ください。 】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２－２－２（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） | 名称 | 型式 | 名称 | 型式 |
| □股義足  |  | □下腿義足 | □差込式　　□ＰＴＢ式 □ＰＴＳ式　□ＫＢＭ式 □ＴＳＢ式 |
| □大腿義足 | □差込式　　□ライナー式 □吸着式 |
| □膝義足  | □サイム義足  | □差込式　　 □有窓式 |
| 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 |
| 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 | □股義足用 | □大腿義足用 | □膝義足用　　　　　 | □下腿義足用 |
| □股義足：ソケット部形状修正 又は 股継手の土台積層修正 |
| 義足懸垂用部品 | □股義足用 | □懸垂帯一式 |
| □大腿義足用□膝義足用 | □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 |
| □下腿義足用□サイム義足用 | □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 | □股義足用　　□大腿義足用　　□膝義足用　　　□下腿義足用　　□リアルソックス |
| 完成用部品 | 股継手 | □ カナダ式　 □ ロック式　**完成用部品名（　　　　　　　　　　　 　 　　）** |
| 膝継手 | □ 単軸膝（１遊動式　２ ロック式）　□ 安全膝（１空圧　　２ コンピュータ制御　３ スプリング）□ 多軸膝（１遊動式（空圧・油圧・コンピュータ制御・スプリング）　２ ロック式）**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 足継手 | □ 固定式（ＳＡＣＨ足用） □ 遊動式（１単軸足用　２ 多軸足用）　**完成用部品名（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）** |
| 義足調整部品 | □ ブロック　□ コネクタ　□ チューブ　□ クランプアダプタ　□ ターンテーブル　□ トルクアブソーバー　　□ 伸展屈曲装置　　**完成用部品名( 　　 　　）** |
| 足 部  | □ ＳＡＣＨ足部　 □ 単軸足部　 □ 多軸足部　 □ サイム用足部　 **完成用部品名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）** |
| 足部調整用部品 | □ バンパー　 □ ボルト　　**完成用部品名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）** |
| 外装用部品 | □ 保護カバー　 □ コネクションプレート **完成用部品名**□フォームカバー(１股・大腿用　２下腿用)　　 □ストッキネット(１股・大腿用　２下腿用)□リアルソックス |
| その他  | □ 吸着バルブ 　 □ 懸垂ベルト（１ 股・大腿用　２ 下腿用） □ ＫＢＭウエッジ □ バッテリーキット　 □ ライナーロックアダプタ　 □ ライナー（ピンアタッチメント なし・あり） 　□ その他の部品（１ フットカバー　２ スペクトラソックス　３ 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 | **【処方補装具を装着することで可能となる動作等を具体的に御記入ください。】**※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　　　　　　　　（　　　　　）* 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 |