

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"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 <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"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災 <input type="checkbox"/> 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	<b>【下 肢】</b> 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



(別紙)

補装具一覧（殻構造義肢）		
名称	型式1	型式2
1 肩義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式普通用	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
	(4)能動式肩甲鎖骨切除用	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
2 上腕義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	ア ハンド型手部付 イ フック型手部付
3 肘義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	
4 前腕義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	ア 長断端用ハンド型
		イ 長断端用フック型
		ウ 中断端用ハンド型
		エ 中断端用フック型
オ 短断端用ハンド型		
カ 短断端用フック型		
5 手義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
	(3)能動式	
6 手部義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
7 手指義手	(1)装飾用	
	(2)作業用	
8 股義足	(1)常用	ア 普通
		イ カナダ式
	(2)作業用	
9 大腿義足	(1)常用	
	(2)吸着式常用	
	(3)作業用	
1 0 膝義足	(1)常用	
	(2)作業用	
1 1 下腿義足	(1)常用	ア 普通（軽便式を含む）
		イ PTB式
		ウ PTS式
	エ KBM式	
(2)作業用		
1 2 果義足		
1 3 足根中足義足	(1)鋼板入り	
	(2)足袋型	
1 4 足指義足		