

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	明・大 昭・平	年 月 日
住 所					歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	(病名：)			
疾病・外傷 発生年月	明・大・昭・平 年 月ごろ				
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))				
	【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	明・大・昭・平 年 月ごろ				
現在の 障害部位の 状況					
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

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	明・大 昭・平	年 月 日
住所					歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	(病名：)			
疾病・外傷 発生年月	明・大・昭・平 年 月ごろ				
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))				
	【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	明・大・昭・平 年 月ごろ				
現在の 障害部位 の状況					
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】 <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			
*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	名称	型式		
	<input type="checkbox"/> 肩義手	<input type="checkbox"/> 装飾用		
	<input type="checkbox"/> 上腕義手	<input type="checkbox"/> 装飾用		
	<input type="checkbox"/> 前腕義手	<input type="checkbox"/> 装飾用		
	完成 用 部 品	肩継手 <input type="checkbox"/> 屈曲・外転式 <input type="checkbox"/> ユニバーサル式		
		肘継手 <input type="checkbox"/> 単軸式(軸固定式) <input type="checkbox"/> 単軸式(軸摩擦式)		
		手継手 <input type="checkbox"/> 面摩擦式 <input type="checkbox"/> 軸摩擦式 <input type="checkbox"/> 手屈曲式 <input type="checkbox"/> 手部コネクタ		
義手調整部品 <input type="checkbox"/> アダプターソケット <input type="checkbox"/> チューブ				
手先具 <input type="checkbox"/> 装飾ハンド <input type="checkbox"/> 手袋(コスメチックグラフ)				
外装部品 <input type="checkbox"/> コネクションプレート <input type="checkbox"/> フォームカバー				
その他 <input type="checkbox"/> 断端袋(上腕用 前腕用) <input type="checkbox"/> ハーネス部品 <input type="checkbox"/> ライナーロックアダプタ <input type="checkbox"/> ライナー (1 ピンアタッチメントなし 2 ピンアタッチメントあり)				
補装具製作にあたっての留意点	【型式、採型・採寸区分、製作要素、上記完成用部品以外の指定等、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。】			
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	
<p>※ 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。)</p> <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】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医(※注)				

※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。