

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	☐ 先天性 ☐ 疾病 ☐ 交通 ☐ 労災 ☐ その他（ ） （病名： ）			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 ころ			
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يلم ☐ 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يلم ☐ ショパール ☐ リスフラン ☐ 中足骨 ☐ 足指）			
切断施術	年 月 ころ			
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							
義足懸垂用品		☐ 懸垂帯一式 ☐ シレジアバンドー式 ☐ 肩吊り帯 ☐ 腰バンド ☐ 横吊带 ☐ 義足用股吊带一式 ☐ 腰バンド ☐ 横吊带 ☐ 大腿コルセットー式 ☐ PTBカフベルトー式							
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 ☐ 裝飾足袋 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 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。） ☐ 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									

□ 【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