



様式 2-2-2 (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)	名称	型式	名称	型式
	<input type="checkbox"/> 股義足		<input type="checkbox"/> 下腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> PTB式 <input type="checkbox"/> PTS式 <input type="checkbox"/> KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式
	<input type="checkbox"/> 大腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式 <input type="checkbox"/> ライナー式		<input type="checkbox"/> 有窓式
<input type="checkbox"/> 膝義足	<input type="checkbox"/> 吸着式	<input type="checkbox"/> サイム義足		
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"/> シリコーン又はライナー <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"/> エアクッションソケット		<input type="checkbox"/> カーボンストックキネット
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"/> シリコーン		
支持部	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 下腿義足用
	<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			
義足懸垂用部品	<input type="checkbox"/> 股義足用	<input type="checkbox"/> 懸垂帯一式		
	<input type="checkbox"/> 大腿義足用	<input type="checkbox"/> シレジアバンドー式	<input type="checkbox"/> 肩吊り帯	<input type="checkbox"/> 腰バンド <input type="checkbox"/> 横吊帯
	<input type="checkbox"/> 膝義足用	<input type="checkbox"/> 義足用股吊帯一式		
	<input type="checkbox"/> 下腿義足用	<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"/> サイム義足用	<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"/> 股義足用 <input type="checkbox"/> 大腿義足用 <input type="checkbox"/> 膝義足用 <input type="checkbox"/> 下腿義足用 <input type="checkbox"/> リアルソックス			
完成用部品	股継手	<input type="checkbox"/> カナダ式 <input type="checkbox"/> ロック式 完成用部品名 ( )		
	膝継手	<input type="checkbox"/> 単軸膝 (1遊動式 2ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 (1空圧 2コンピュータ制御 3スプリング) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 固定式 (SACH足用) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ブロック <input type="checkbox"/> コネクタ <input type="checkbox"/> チューブ <input type="checkbox"/> クランプアダプタ <input type="checkbox"/> ターンテーブル <input type="checkbox"/> トルクアップソーバー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置 完成用部品名 ( )		
	足部	<input type="checkbox"/> SACH足部 <input type="checkbox"/> 単軸足部 <input type="checkbox"/> 多軸足部 <input type="checkbox"/> サイム用足部 完成用部品名 ( )		
	足部調整用部品	<input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト 完成用部品名 ( )		
	外装用部品	<input type="checkbox"/> 保護カバー <input type="checkbox"/> コネクションプレート 完成用部品名 <input type="checkbox"/> フォームカバー (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> ストックキネット (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> リアルソックス		
その他	<input type="checkbox"/> 吸着バルブ <input type="checkbox"/> 懸垂ベルト (1股・大腿用 2下腿用) <input type="checkbox"/> KBMウエッジ <input type="checkbox"/> バッテリーキット <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 なし・あり) <input type="checkbox"/> 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 (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。) <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"/> 【難病患者等に限り】 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				