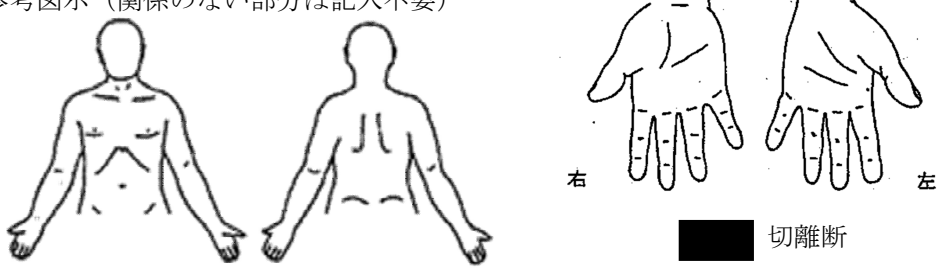


補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義手用)

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	【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) 参考図示 (関係のない部分は記入不要)  右 左 ■ 切断断			
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 ころ			
現 在 の 障害部位 の 状 況	【切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、FIM やB I 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) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状 況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 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。			

裏面に続く

様式 2-2-1 (裏面)

[illegible]