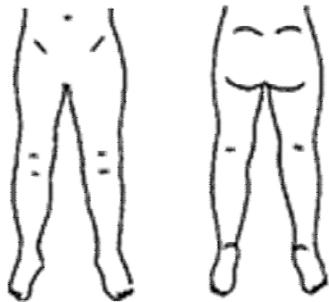


補装具費支給に関する意見書 (殻構造義足用)

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 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 【下 肢】 右 (☐片側骨盤 ☐股 ☐大腿 ☐膝 ☐下腿 ☐足関節 ☐サイム ☐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 ☐サイム ☐ショパール ☐リスフラン ☐中足骨 ☐足指)   切断断			
切断施術	年 月 ごろ			
現 在 の 障害部位 の 状 況	【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性 (屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離)、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) 【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2-1-2 (裏面)

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							
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		☐ P T B式	
		☐ P T S式		☐ K B M式		☐ T S B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(☐ シリコーン又はライナー				☐ 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		☐ シリコーン		☐ 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							
義足懸垂用部品		☐ 懸垂帯一式 ☐ シレジアバンド一式 ☐ 肩吊り帯 ☐ 腰バンド ☐ 横吊帯 ☐ 義足用股吊帯一式 ☐ 腰バンド ☐ 横吊帯 ☐ 大腿コルセット一式 ☐ PTBカフベルト一式							
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 ☐ S A C H足部 ☐ 装飾足袋 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) ☐ K B M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 ☐ S A C H式アングルブロック ☐ 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、足部・継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、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。】							
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 ()									
※ 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 条第 1 項に基づく指定医 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 【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									