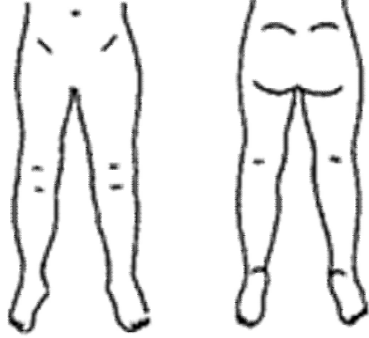


補装具費支給に関する意見書（骨格構造義足用）

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） 左（☐片側骨盤 ☐股 ☐大腿 ☐膝 ☐下腿 ☐足関節 ☐サイム） 			
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 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）、F I MやB I 等A D L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。			

様式 2-2-2 (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)		名称		型式	
		☐ 股義足			
		☐ 大腿義足		☐ 差込式 ☐ ライナー式	
		☐ 膝義足		☐ 吸着式	
		☐ 下腿義足		☐ PTB式 ☐ KBM式 ☐ TSB式	
		☐ サイム義足		☐ 差込式 ☐ 有窓式	
加算		☐ 片側骨盤切断用		☐ 短断端切断用キップシャフト	
		☐ チェックソケット		☐ 透明プラスチック	
ソケット	材料	☐ 木製		☐ 皮革	
	加算	☐ エアクッションソケット		☐ カーボンストッキネット	
ソフトインサート		☐ 皮革		☐ 軟性発泡樹脂	
		☐ 皮革・フェルト		☐ シリコーン	
支持部		☐ 股義足用		☐ 膝義足用	
		☐ 大腿義足用		☐ 下腿義足用	
		☐ 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		☐ 股義足用		☐ 懸垂帯一式	
		☐ 大腿義足用		☐ シレジアバンドー式 ☐ 肩吊り帯 ☐ 腰バンド ☐ 横吊帯	
		☐ 膝義足用		☐ 義足用股吊带一式	
		☐ 下腿義足用		☐ 腰バンド ☐ 横吊帯 ☐ 大腿コルセット一式	
		☐ サイム義足用		☐ PTB カフベルト一式	
断端袋		☐ 大腿用 ☐ 下腿用			
外装		☐ 股義足用 ☐ 大腿義足用 ☐ 膝義足用 ☐ 下腿義足用 ☐ リアルソックス			
完成用部品		股継手		☐ カナダ式 ☐ ロック式 完成用部品名 ()	
		膝継手		☐ 単軸膝 (1 遊動式 2 ロック式) ☐ 安全膝 (1 空圧 2 コンピュータ制御 3 スプリング) ☐ 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		☐ 固定式 (SACH足用) ☐ 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		☐ ブロック ☐ コネクタ ☐ チューブ ☐ クランプアダプタ ☐ ターンテーブル ☐ トルクアップソーバー ☐ 伸展屈曲装置 完成用部品名 ()	
		足 部		☐ SACH足部 ☐ 単軸足部 ☐ 多軸足部 ☐ サイム用足部 完成用部品名 ()	
		足部調整用部品		☐ バンパー ☐ ボルト 完成用部品名 ()	
		外装用部品		☐ 保護カバー ☐ コネクションプレート 完成用部品名 ☐ フォームカバー (1 股・大腿用 2 下腿用) ☐ ストッキネット (1 股・大腿用 2 下腿用) ☐ リアルソックス []	
		その他		☐ 吸着バルブ ☐ 懸垂ベルト (1 股・大腿用 2 下腿用) ☐ KBMウエッジ ☐ バッテリーキット ☐ ライナーロックアダプタ ☐ ライナー (ピンアタッチメント なし・あり) ☐ 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、足部・継手等において高機能・高価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					