

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	明・大昭・平	年 月 日
住所					歳
原因となった疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	(病名：)			
疾病・外傷発生年月	明・大・昭・平 年 月ごろ				
切断・離断・欠損部位	【上肢】				
	右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指))				
切断手術	左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指))				
	【下肢】				
切断手術	右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)				
	左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)				
現在の障害部位の状況					
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

様式2-2-2 (表面)

補装具費支給に関する意見書 (骨格構造義足用)

※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	明・大 昭・平	年 月 日
住 所					歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 戦傷 <input type="checkbox"/> 戦災	(病名 :)			
疾病・外傷 発 生 年 月	明・大・昭・平 年 月 ごろ				
切断・離断 ・欠損部位	【上 肢】				
	右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指))				
	左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指))				
	【下 肢】				
	右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)				
	左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)				
切断施術	明・大・昭・平 年 月 ごろ				
現 在 の 障害部位 の 状 況					
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

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		
*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	名 称	型 式	
	<input type="checkbox"/> 股義足	<input type="checkbox"/> カナディアン式	<input type="checkbox"/> PTB 式
	<input type="checkbox"/> 大腿義足	<input type="checkbox"/> 差込式	<input type="checkbox"/> PTS 式
	<input type="checkbox"/> 膝義足	<input type="checkbox"/> 吸着式	<input type="checkbox"/> KBM 式
	<input type="checkbox"/> 下腿義足	<input type="checkbox"/> ライナー式	<input type="checkbox"/> 有窓式
	完 成 用 部 品	股継手 <input type="checkbox"/> カナディアン式 <input type="checkbox"/> ロック式	
		膝継手 <input type="checkbox"/> 単軸式 (1 遊動式 2 ロック式) <input type="checkbox"/> 安全膝 <input type="checkbox"/> 多軸膝 (1 遊動式 2 ロック式)	
		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)	
		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"/> トルクアブソーバー <input type="checkbox"/> 伸展屈曲装置	
		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	
		足部調整用部品 <input type="checkbox"/> バンパー <input type="checkbox"/> ボルト	
		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	
		フォームカバー <input type="checkbox"/> 股・大腿用 <input type="checkbox"/> 下腿用	
ストックネット <input type="checkbox"/> 股・大腿用 <input type="checkbox"/> 下腿用			
リアルソックス <input type="checkbox"/> 股・大腿用 <input type="checkbox"/> 下腿用			
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"/> 断端袋 (大腿用 下腿用) <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 (1 ピンアタッチメントなし 2 ピンアタッチメントあり) <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)			
補装具製作に あたっての 留 意 点		【型式、採型・採寸区分、製作要素、上記完成用部品以外の指定等、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。 】		
<p>上記のとおり意見します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>作成医師氏名</p> <p>電話番号 () 印</p> <p>※ 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。)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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合判定医師研修会を修了している医師</p> <p><input type="checkbox"/> 【難病患者等に限る】都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医 (※注)</p> <p>※注 専門医とは、平成19年厚生労働省告示第108号第1条で定める基準を満たすものとして、厚生労働大臣に届け出を行った団体に所属し、当該団体から医師の専門性に関する認定を受けた医師をいう。</p>			