

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

氏名		男女	生年月日	年 月 日生	歳		
住所							
障がい名							
原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災						
	疾病・外傷発生年月日 年 月 日			疾病・先天性・その他()			
切断の部位・レベル	右 左 両側	極短 短 標準 長 極長	股 大腿 膝 下腿 サイム 足				
障 が い の 状 況	断 端 の 状 態	断端長	cm (健常肢側の %)				
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし			
			浮腫	1 あり 2 なし			
	断端の形		1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()				
	皮 膚	術創の状態	1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→ <input type="checkbox"/> 癒着 <input type="checkbox"/> ドッグイヤー				
		癒痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		一般状態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 5 毛孔炎 → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 6 その他の異常()				
	皮下組織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常()				
		硬 さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい				
		そ の 他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない				
	血 流 (循 環)	皮膚の色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ				
		皮膚温	1 正常 2 高い 3 低い				
		脈 動	1 あり 2 なし → <input type="checkbox"/> 腸骨動脈 <input type="checkbox"/> 大腿動脈 <input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> 足背動脈				
	痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛					
	幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性:)					
下 肢 関 節 機 能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】						
そ の 他 の 所 見							
必 要 と す る 義 足	<input type="checkbox"/> 股 義 足	1 受皿式 2 カナディアン式 3 片側骨盤切断用					
	<input type="checkbox"/> 大 腿 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 短断端切断用キップシャフト <input type="checkbox"/> IRCソケット					
	<input type="checkbox"/> 膝 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付					
	<input type="checkbox"/> 下 腿 義 足	1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 <input type="checkbox"/> TSB式 <input type="checkbox"/> 大腿支柱付					
	<input type="checkbox"/> 果 義 足	1 差込式 2 有窓式					
	<input type="checkbox"/> 足根中足義足	1 鋼板入り 2 足袋型					
	<input type="checkbox"/> 足 指 義 足						
使 用 効 果 見 込							

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等				
型 式		A 常用 B 作業用				
処方部位		A 右 B 左 C 両側				
ソ ケ ッ ト		A 木製 B皮革 C アルミニウム、セルロイド D 熱硬化性樹脂 E 熱可塑性樹脂 □エアクッションソケット □二重ソケット □カーボンストッキング積層				
ソフトインサート		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン F 完成用部品（※ライナーを使用するときシリコーンは加算できない）				
支 持 部	股部					
	大腿部	A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（股、大腿義足用）				
	下腿部	A 木製 B アルミニウム、セルロイド C 熱硬化性樹脂 D 鉄脚（下腿義足用）				
	足部	A 軟性発泡樹脂				
懸 垂 用 部 品	股義足用	A 懸垂帯一式				
	大腿義足用	A シレジアバンド一式 B 肩吊带 C 腰バンド D 横吊带 E 義足用股吊带				
	下腿義足用	A 腰バンド B 横吊带 C 大腿もも締め一式 D PTB膝カフ一式				
外 装	股 部					
	大腿部	A 皮革 B プラスチック C 塗装				
	下腿部					
	足 部	A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)				
完 成 用 部 品	股継手	A ヒンジ継手 B カナディアン式				
	膝継手	A ヒンジ継手 B 鉄脚 C ブロック継手				
	足 部	A 固定足部 B 単軸足部 C 多軸足部 D SACH足部				
		E ドリンガー足部 F 装飾足袋				
部	その他	A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D 断端袋(大腿用、下腿用)				
		E ライナーロックアダプタ F ライナー G ベルト付先ゴム				
		H SACH用アングルブロック I 足先リアルソックス J 先ゴム K 踵ゴム				
		L スプリングゴム M 前止金具 N サイム用ボルト				
品	□ 借受け	部品名			期間	か月
		理由				
<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>診 療 科 名</p> <p>作成医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

(H30.6)

【記入上の留意事項】

- 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が記入すること。
- 該当する項目は全て記入すること。なお、選択肢がある場合は、該当する項目に○またはレ印を付すこと。
- 「処方」欄は、「使用材料・型式等」欄から必要なものを選択して記入すること。
なお、処方内容の決定に際しては、必ず補装具製作者立ち合いのもとで行うこと。
- 難病患者等は、症状が日内変動する者もいるため、症状がより重度の状態をもって下記内容を記入すること。
(1)難病等により、補装具が必要と認められる症状
(2)症状の日内変動等の内容や時間、期間、頻度等 (3)その他参考となる事項
- 「借受け」を処方した場合は、部品名、期間及び補装具の購入に先立ち、比較検討が必要である理由を記入すること。