

補装具費支給要否意見書(上肢装具)

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()	
障 が い の 状 況	【上肢の全般的な機能状態、装着部位の可動性、筋力、変形等の状態を記入すること】				
必 要 と す る 装 具	☐ 肩 装 具	A 金属棒 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	☐ 肘 装 具	A 両側支柱 B 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック C 軟性			
	☐ 手背屈装具	A パネル型 B トーマス型 C オッペンハイマー型 D 硬性 → 1 不燃性セルロイド 2 皮革 3 プラスチック			
	☐ 長対立装具				
	☐ 短対立装具				
	☐ 把持装具	A 手関節駆動式 B ハーネス駆動式			
	☐ MP屈曲装具	A パネル型 B プラスチック C 軟性			
	☐ MP伸展装具				
	☐ 指 装 具	A 指用ナックルベンダー B 指用逆ナックルベンダー			
☐ B . F . O .					
使用効果見込					

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等				
処 方 部 位	右 左 両					
	()指					
採 型 ・ 採 寸		A 採型 B 採寸				
支 持 部	胸郭支持部		A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム			
	骨盤支持部		A モールド(熱可塑性樹脂) B フレーム			
	上腕支持部		A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 上腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)			
	前腕支持部		A 半月 B 皮革等 → 1 カフバンド 2 前腕コルセット C モールド(熱可塑性樹脂)			
	手部背側パッド		A モールド B フレーム			
	手掌パッド		A モールド B フレーム			
継 手	肩 継 手		A 固定 B 遊動 C 肩回旋装置			
	肘 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手			
	手 継 手		A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱			
	M P 継 手		A 固定 B 遊動			
	I P 継 手		A 固定 → 1 金属(アルミニウム) 2 モールド(熱可塑性樹脂) B 遊動 C 鋼線支柱			
	※ 固定継手は、継手のない支柱を使用する場合にのみ用いることができる。					
※ 遊動継手は、継手のある支柱を使用する場合にのみ用いることができ、固定・遊動切替式を含む。						
付 属 品		A 基節骨パッド → モールド フレーム B 中・末節骨パッド → モールド フレーム C 対立バー D Cバー E アウトリガー F 伸展・屈曲補助バネ G 肘当て H ターンバックル I ダイアルロック J 内張り → 上腕部 前腕部 手部 K 懸垂帯				
完 成 用 部 品	肩 継 手					
	肘 継 手					
	把持装具用部品					
	指用装具用部品					
	□ 借受け	部品名				期間
理由						
上 記 の と お り 意 見 し ま す 。 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 診 療 科 名 作 成 医 師 氏 名 印						

- 【記入上の留意事項】 (H30. 6)
- 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。