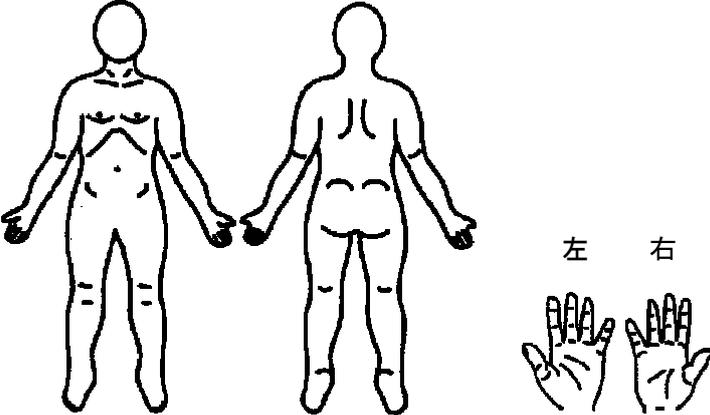


(様式第3号)

補装具意見書(肢体不自由用(車椅子・姿勢保持装置を除く))

ふりがな		年 月 日生 (歳)
氏名		
住所		
傷病名	※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令で定める特殊の疾病(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)	
障害状況(全身所見、合併症、筋力、ADLなど)		
肢体不自由の状況及び所見 参考図示		
		
✕ 変形 ■ 切離片 ▨ 感覚麻痺 ▨ 運動障害		
補装具の種目及び名称	種目	効果の見込み
	名称	
工作内容・付属品 別紙のチェックシートより、該当項目をチェックしてください。		
以上のとおりです。		
年 月 日		
医療機関		
医師		

※身体障害者福祉法第15条指定医等により記載願います。

義足処方内容

氏名				生年月日	年 月 日 () 歳		
切断部位	左	右					職業
断端長	cm		周径				
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	B- ()			
名称・型式	殻構造			骨格構造			
	1.股義足						
	2.大腿義足	a.差込式	b.ライナー式	c.吸着式	a.差込式	b.ライナー式	c.吸着式
	3.膝義足	a.差込式	b.ライナー式	c.吸着式	a.差込式	b.ライナー式	c.吸着式
	4.下腿義足	a.差込式	b.PTB式	c.PTS式	a.差込式	b.PTB式	c.PTS式
		d.KBM式	e.TSB式		d.KBM式	e.TSB式	
	5.サイム義足						
	6.足根中足義足	a.足袋式		b.下腿部支持式			
7.足趾義足							
基本価格	1.差込式	6.KBM式		加算	1.片側骨盤切断用		
	2.ライナー式	7.TSB式			2.短断端切断用キャップシャフト		
	3.吸着式	8.有窓式			3.坐骨収納型ソケット		
	4.PTB式	9.足袋式			4.大腿支柱付き		
	5.PTS式	10.下腿部支持式			5.チェックソケット <input type="checkbox"/> シリコン又はライナー <input type="checkbox"/> 透明プラスチック		

【制作要素価格】

ソケット	1.熱硬化性樹脂	ソフットインサート	1.皮革	支持部	殻構造		骨格構造	
	2.熱可塑性樹脂		2.軟性発泡樹脂		1.股部	1.股義足用		
義足懸垂用品	3.木製	インサート	3.皮革・軟性発泡樹脂	外装	2.大腿部	a.木製	b.熱硬化性樹脂	2.大腿義足用
	4.皮革		4.皮革・フェルト		3.下腿部	a.木製	b.熱硬化性樹脂	3.膝義足用
断端袋	□エアクッションソケット	インサート	5.シリコン	外装	4.足部			4.下腿義足用
	□カーボンストッキネット		□下腿部支持式		□土台修正	□鉄脚使用	□土台修正	
断端袋	1.股義足用	インサート		外装	殻構造		骨格構造	
	a.懸垂帯一式				1.股部	a.皮革	1.股義足用	
断端袋	2.大腿義足用	インサート		外装	2.大腿部	b.プラスチック		2.大腿義足用
	3.膝義足用				3.下腿部	c.塗装		3.膝義足用
断端袋	a.シレジアハンドー式	インサート		外装	4.足部	d.リアルソックス		4.下腿義足用
	b.肩吊り式				□リアルソックス			
断端袋	c.腰バンド	インサート		外装				
	d.横吊帯							
断端袋	e.義足用股吊帯一式	インサート		外装				
断端袋	4.下腿義足用	インサート		外装				
	a.腰バンド		b.横吊帯					
断端袋	c.大腿コルセット一式	インサート		外装				
	d.PTBカフベルト一式							

【完成用部品】

完成用部品	
-------	--

年 月 日

医療機関名

医師