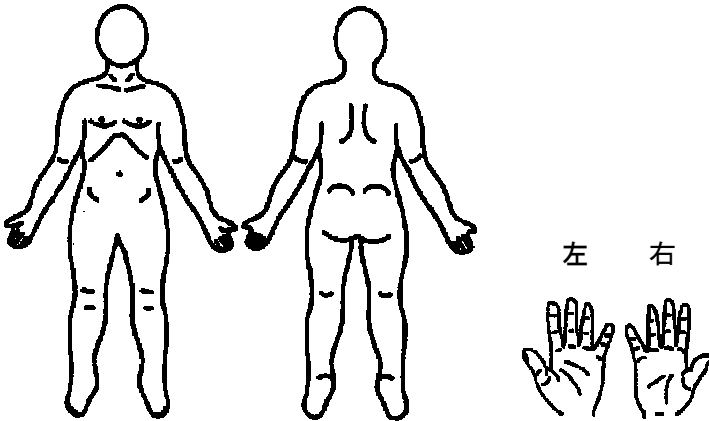


(様式第3号)

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		
		
X 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。

義手処方内容

氏名				生年月日	年	月	日 () 歳
切断部位	左	右					
断端長	cm				職業		
種目	殻構造・骨格構造		採型区分	A- ()			
名称	1.肩義手用 2.上腕義手用 3.肘義手 4.前腕義手 5.手義手 6.手部義手 7.手指義手	型式・名称	1.能動式 2.電動式 3.その他 <input type="checkbox"/> 装飾用 <input type="checkbox"/> 作業用	加算	1.肩甲胸郭間切断用 2.吸着式 3.顆上懸垂式 4.スプリットソケット 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"/> 透明チェックソケット		

【制作要素価格】

		ソフティンサー		支持部		骨格構造	
ソケット	1.皮革 2.熱硬化性樹脂 3.熱硬化性樹脂（電動式） 4.熱可塑性樹脂 5.熱可塑性樹脂（電動式）		1.皮革 2.軟性発泡樹脂 3.皮革・軟性発泡樹脂	1.能動式 <input type="checkbox"/> 肩部 2.電動式 <input type="checkbox"/> 上腕部 3.その他 a.熱硬化性樹脂 b.熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 前腕部 a.熱硬化性樹脂 b.熱可塑性樹脂 <input type="checkbox"/> 手部 <input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正	<input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 肘義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用		
義手用ハーネス	1.肩義手用 2.上腕義手用 3.肘義手用 a.胸郭バンド式上腕ハーネス式 b.肩たすき一式 c.8字ハーネス式 4.前腕義手用 5.手義手用 6.手部義手用 a.胸郭バンド式前腕ハーネス式 b.8字ハーネス式 c.9字ハーネス式 d.たわみ継手（一組） e.Yストラップ f.上腕カフ（三角筋パッド）	a.胸郭バンド式肩ハーネス式 b.肩たすき一式		外装 <input type="checkbox"/> 肩部 a.皮革 b.プラスチック c.塗装 <input type="checkbox"/> 上腕部 a.皮革 b.プラスチック c.塗装 <input type="checkbox"/> 前腕部 a.皮革 b.プラスチック c.塗装	<input type="checkbox"/> 形状、接続部の修正 <input type="checkbox"/> 肩義手用 <input type="checkbox"/> 上腕義手用 <input type="checkbox"/> 前腕義手用		
断端袋		1.上腕用	2.前腕用				

【完成用部品】

完成用部品	
-------	--

年 月 日

医療機関名

医師