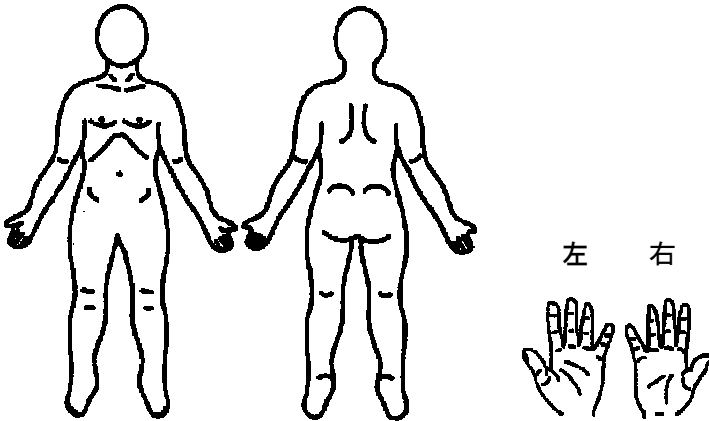


(様式第3号)

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。

装具処方内容（体幹装具、上肢装具）

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳		
職業						
装具の名称（レディメイドの場合商品名）						
名称・区分 基本構造 基本価格						
1 体 幹 装 具	C-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸				
	1.頸椎装具	2.胸腰仙椎装具	3.腰仙椎装具	4.仙腸装具	5.側弯症装具	
	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	
2 上 肢 装 具	D-	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸				
	1.肩装具	2.肘装具	3.手関節装具	4.手装具	5.指装具	
	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.両側支柱付き C.軟性	A.硬性 B.両側支柱付き C.片側支柱付	A.硬性 B.フレーム C.軟性	A.硬性 B.フレーム C.軟性	

【制作要素】

1.体幹装具	
<p>a.支持部</p> <p>(1)頸椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.カラー 1.あご受けあり 2.あご受けなし</p> <p>(2)胸椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.軟性</p> <p>(3)胸椎支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.軟性</p>	<p>(4)仙腸支持部 A.硬性 1.支柱付き 2.支柱なし B.フレーム C.軟性 D.骨盤帯</p> <p>1.芯あり 2.芯なし</p> <p>(5)骨盤支持部 A.皮革 B.硬性 <input type="checkbox"/>硬性のサンドイッチ構造</p>
b.その他の加算要素	
<p>(1)体幹装具付属品 <input type="checkbox"/>高さ調整 <input type="checkbox"/>ターンバックル式 <input type="checkbox"/>腰部継手 <input type="checkbox"/>バタフライ <input type="checkbox"/>肩バンド <input type="checkbox"/>会陰ひも <input type="checkbox"/>腹圧強化バンド</p>	<p>(2)側弯症装具付属品 <input type="checkbox"/>ミルウォーカー型付属品一式 <input type="checkbox"/>胸椎パッド <input type="checkbox"/>腰椎パッド <input type="checkbox"/>ショルダーリング <input type="checkbox"/>腋窩パッド <input type="checkbox"/>ネックリング <input type="checkbox"/>胸郭バンド <input type="checkbox"/>アウトリガー <input type="checkbox"/>前方支柱 <input type="checkbox"/>後方支柱 <input type="checkbox"/>側方支柱</p>
2.上肢装具	
<p>a.継手</p> <p>(1)肩継手 A.固定式・B.遊動式 C.肩回旋装置</p> <p>(2)肘継手 A.固定式・B.遊動式 C.プラスチック継手</p>	<p>(3)手継手 A.固定式・B.遊動式 C.プラスチック継手</p> <p>(4)MP継手 A.固定式・B.遊動式</p> <p>(5)IP継手 A.固定式 1.硬性 2.フレーム B.遊動式・C.鋼線支柱</p>
b.支持部	
<p>(1)胸郭支持部 A.硬性 B.フレーム</p> <p>(2)骨盤支持部 A.硬性 B.フレーム</p>	<p>(3)上腕支持部 A.半月 B.皮革等</p> <p>1.カフバンド 2.上腕コルセット C.硬性</p> <p>(4)前腕支持部 A.半月 B.皮革等</p> <p>1.カフバンド 2.上腕コルセット C.硬性</p> <p>(5)手部背側パッド A.硬性 B.フレーム</p> <p>(6)手掌パッド A.硬性 B.フレーム</p>
c.その他の加算要素	
<p><input type="checkbox"/>肘サポーター（支柱付き・支柱なし） <input type="checkbox"/>末節骨パッド（硬性・フレーム） <input type="checkbox"/>中・末節骨パッド（硬性・フレーム） <input type="checkbox"/>対立バー <input type="checkbox"/>Cバー <input type="checkbox"/>アウトリガー <input type="checkbox"/>伸展・屈曲補助パネ <input type="checkbox"/>肘当て <input type="checkbox"/>ターンバックル <input type="checkbox"/>フレクサーヒンジ <input type="checkbox"/>内張り（上腕部・前腕部・手部）</p>	

【完成用部品】

完 成 用 部 品	
-----------------------	--

年 月 日

医療機関名

医師