

補装具費支給意見書・処方箋（骨格構造義足）

様式3

氏名			生年月日	M T S H R	年	月	日	歳	
住所									
職業			原因傷病名	(疾病・外傷発生年月日： 年 月 日) ※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)					
障害名	(級)								
1. 申請する補装具の名称									
2. 障害・疾患等の状況について記載してください									
切断肢	右	左	両側	切断日	年	月	日	断端長	
				c m					
切断部位	骨盤部	股関節	大腿部	膝関節	下腿部	足関節	サイム切断	ショパール関節	
	リスフラン関節	中足骨	足趾（第	趾）					
断端の状態	形状	骨端部の突出	なし	あり					
		浮腫	なし	あり					
		断端の形	円錐形	円筒形	球根状				
	皮膚	術創の状態	治癒	治癒していない（状態：					
		癒痕の有無	なし	あり（状態：					
		皮膚組織	ふつう	硬い	柔らかい				
		血流（循環）	よい	よくない（					
感覚障害	なし	感覚脱失	感覚鈍麻	感覚過敏	その他（				
疼痛	なし	自発痛	圧痛	運動痛	神経腫	幻肢痛			
下肢関節機能	(上位関節の可動性、筋力の状態)								
その他の所見									
3. 申請する義足の目的、効果見込みについて記載してください□									
1日の装用時間	日中常時	日中外出時のみ	作業時のみ	移乗動作時のみ	その他（				
主たる使用目的	歩行	介助歩行	移乗	立位	その他（				
主たる使用場所	自宅（屋内・屋外）	学校・職場・作業場等	その他（						
効果見込み									
4. 現在、使用・所持している義足があれば状況について記載してください（なし・あり）									
使用状況									
作り替えが必要な理由 (破損・不適合状況等)									

【 処 方 】

基本構造	部位 (右・左)	股義足 B-1	大腿義足 B-2	膝義足 B-3	下腿義足 B-4	下腿 (サイム) 義足 B-5	
	形式	カナダ式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式	
	加算項目	片側骨盤切断用 キップシャフト 大腿支柱付き 坐骨収納型ソケット チェックソケット (ライナー等使用した場合 透明プラスチック)					
製作要素	ソケット	木製 アルミニウム セルロイド 皮革 熱硬化性樹脂 熱可塑性樹脂					
	加算要素	二重式ソケット エアアクションソケット カーボンストッキネット					
	ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 皮革・軟性発泡樹脂 皮革・フェルト シリコーン					
	支持部	股義足用 大腿義足用 下腿義足用					
	義足懸垂用 部品	股	懸垂帯一式				
		大腿	シレジアバンドー式 肩吊り帯 腰バンド 横吊带 義足用股吊带				
		下腿	腰バンド 横吊带 大腿もも締め一式 PTBカフベルト一式				
外装	股義足用 大腿義足用 膝義足用 下腿義足用						
完成用 部品	股膝手	カナダ式 ロック式				部品名	
	膝継手	単軸膝 (遊動式 ロック式) 安全膝 多軸膝 (遊動式 ロック式)				部品名	
	足継手	固定式 (SACH足用) 遊動式 (単軸足用 多軸足用)				部品名	
	足部	SACH足部 単軸足部 多軸足部 サイム用足部				部品名	
	義足 (足部) 調整用部品	ブロック コネクタ チューブ クランプアダプタ ターンテーブル トルクアブソーバー 伸展屈曲補助装置 バンパー ボルト					
	外装	保護カバー コネクションプレート フォームカバー (股・大腿用 下腿用) ストッキネット (股・大腿用 下腿用) リアルソックス (股・大腿用 下腿用)					
	その他	吸着バルブ 懸垂ベルト (股・大腿用 下腿用) KBMウエッジ ライナーロックアダプタ ライナー (ピンアタッチメントなし ピンアタッチメントあり) 断端袋 (大腿用 下腿用) バッテリーキット フットカバー スペクトラソックス その他の部品 ()					
特記事項 (指示) _____ _____							
上記のとおり意見、処方する。 所在地 年 月 日 医療機関名 (自署又は記名押印) 医師氏名							
上記処方により医学的に適合したことを証明する。 所在地 年 月 日 医療機関名 (自署又は記名押印) 医師氏名							
年 月 日 製品検査 職 ・ 氏名							