

補装具費支給要否意見書(殻構造義足)

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()		
切断の部位・レベル		右 左 両側		極短 短 標準 長 極長		股 大腿 膝 下腿 サイム 足		
障 が い の 状 況	断	断 端 長	cm (健常肢側の %)					
		形 状	骨端部の突出	1 あり 2 なし				
	浮 腫		1 あり 2 なし					
	断 端 の 形		1 円錐形 2 円筒形 3 しもぶくれ 4 その他()					
	皮 膚	術創の状態	1 治癒 2 未治癒 3 治癒しているが問題あり→□癒着 □ドッグイヤー					
		瘢痕の有無	1 術創以外なし 2 あり 3 骨性癒着→ □あり □なし					
		一 般 状 態	1 正常 2 異常に乾燥 3 異常に湿潤 4 知覚 → □正常 □異常					
			5 毛孔炎 → □あり □なし 6 その他の異常()					
	皮下組織	量	1 厚い 2 中等度 3 薄い 4 骨の異常()					
		硬 さ	1 普通 2 硬い 3 柔らかい					
		そ の 他	筋収縮で断端の形が → 1 変わる 2 変わらない					
	血 流 (循 環)	皮 膚 の 色	1 正常 2 白っぽい 3 赤い 4 チアノーゼ					
		皮 膚 温	1 正常 2 高い 3 低い					
		脈 動	1 あり 2 なし → □腸骨動脈 □大腿動脈 □膝窩動脈 □足背動脈					
	痛 み	1 自発痛 2 圧痛点 3 運動痛 4 神経腫 5 幻肢痛						
	幻 肢	1 なし 2 あり (部位: 程度: 可動性:)						
	下 肢 関 節 機 能	【上位関節の可動性、筋力の状態を記入すること。】						
	その他の所見							
	必 要 と す る 義 足	□ 股 義 足	□ 片側骨盤切断用					チェック ソケット □
		□ 大 腿 義 足	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 □ 短断端切断用キップシャフト □ IRCソケット					
□ 膝 義 足		1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 □ 大腿支柱付き						
□ 下 腿 義 足		1 差込式 2 PTB式 3 PTS式 4 KBM式 5 TSB式 □ 大腿支柱付き						
□ サイム 義 足		1 差込式 2 有窓式						
□ 足根中足義足		1 足袋式 2 下腿部支持式						
□ 足 趾 義 足								
使 用 効 果 見 込								

裏面へ続く

処 方		使 用 材 料 ・ 型 式 等			
処 方 部 位		A 右 B 左 C 両側			☐ 作業用
ソ ケ ッ ト		A 木製 B 皮革 C 熱硬化性樹脂 D 熱可塑性樹脂 ☐ エアクッションソケット ☐ 二重ソケット ☐ カーボンストックネット積層			
ソ フ ト イ ン サ ー ト		A 皮革 B 軟性発泡樹脂 C 皮革・軟性発泡樹脂 D 皮革・フェルト E シリコーン F 完成用部品 (ライナー)			
支 持 部	股 部	☐ 修正有り			
	大 腿 部	A 木製 B 熱硬化性樹脂 ☐ 鉄脚使用			
	下 腿 部	A 木製 B 熱硬化性樹脂 ☐ 鉄脚使用			
	足 部	A 軟性発泡樹脂			
懸 垂 用 部 品	股 義 足 用	A 懸垂帯一式			
	大腿義足・膝義足用	A シレジアバンド一式 B 肩吊り帯 C 腰バンド D 横吊帯 E 義足用股吊帯一式			
	下腿義足・サイム義足用	A 腰バンド B 横吊帯 C 大腿コルセット一式 D PTBカフベルト一式			
断 端 袋		A 大腿用 B 下腿用			
外 装	股部・大腿部・下腿部	A 皮革 B プラスチック C 塗装			
	足 部	A 表革 B 裏革 C 塗装 D リアルソックス(完成用部品を含む)			
完 成 用 部 品	股 継 手	A ヒンジ継手			
	膝 継 手	A ヒンジ継手 → ☐ 大腿遊動式 ☐ 下腿遊動式			
	足 部	A 多軸足部 B SACH足部 C 装飾足袋			
	そ の 他	A 吸着バルブ B 懸垂ベルト C KBMウェッジ D ライナーロックアダプタ E ライナー F ベルト付先ゴム G SACH用アングルブロック H リアルソックス I 先ゴム J 踵ゴム K スプリングゴム L サイム用ボルト M バンパー			
	☐ 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					

(R8. 6)

【記入上の留意事項】

- 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。