

補装具費支給意見書・処方箋（上肢装具）

様式 7

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（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）								
運動障害	なし 弛緩性麻痺 痙性麻痺 固縮 不随意運動 振戦 運動失調 その他 ( )							
感覚障害	なし 感覚脱失 感覚鈍麻 感覚過敏 その他 ( )							
上肢機能	部位	右	障害 ( なし ・ あり )					
		左	障害 ( なし ・ あり )					
	所見	(関節の可動性、筋力、変形などを記載してください)						
その他の所見	(傷病名・合併症などを記載してください)							
3. 申請する装具の目的、効果見込みについて記載してください								
1日の装用時間	常時（就寝時含む） 日中のみ 夜間のみ 作業時のみ その他 ( )							
主たる使用目的	日常生活用 作業時のみ その他 ( )							
効果見込み								
4. 現在、使用・所持している上肢装具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 ・ 両 )	( <input type="checkbox"/> 採型 ・ <input type="checkbox"/> 採寸 )				
	採型区分	肩 <input type="checkbox"/> D-1	肘 (手部分) ,BF0 <input type="checkbox"/> D-2	肘 <input type="checkbox"/> D-3	手関節 <input type="checkbox"/> D-4	手 指 <input type="checkbox"/> D-5 <input type="checkbox"/> D-6	
	名 称	1. 肩装具 A 硬性 B フレーム C 軟性	2. 肘装具 A 硬性 B 両側支柱付 C 軟性	3. 手関節装具 A 硬性 B 両側支柱付 C 片側支柱付	D 掌側(背側)支柱付 E 軟性	4. 手装具 A 硬性 B フレーム C 軟性	5. 指装具 A 硬性 B フレーム C 軟性
継手	種 類			個 数	完成用部品	個 数	
	肩	1. 固定式(片側) 2. 遊動式(片側) 3. 肩回旋装置		( )		( )	
	肘(片側)	1. 固定式 2. 遊動式 3. プラスチック継手		( )		( )	
	手(片側)	1. 固定式 2. 遊動式 3. プラスチック継手		( )		( )	
	MP	1. 固定式 2. 遊動式		( )		( )	
	IP	1. 固定式( <input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> フレーム ) 2. 遊動式 3. 鋼線支柱		( )		( )	
支持部	種 類			個 数	図示 ※装具名称と略図及び説明を記載		
	胸 郭	1. 硬性 2. フレーム		( )			
	骨 盤	1. 硬性 2. フレーム		( )			
	上 腕	1. 半月 2. 皮革等 ( <input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 上腕コルセット ) 3. 硬性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造		( )			
	前 腕	1. 半月 2. 皮革等 ( <input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 前腕コルセット ) 3. 硬性 <input type="checkbox"/> サンドイッチ構造		( )			
	手部背側パッド	1. 硬性 2. フレーム		( )			
	手掌パッド	1. 硬性 2. フレーム		( )			
その他の 加算要素	<input type="checkbox"/> 肘サポーター( 支柱付き ・ 支柱なし ) <input type="checkbox"/> 基節骨パッド( 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・屈曲補助バネ( )						
	<input type="checkbox"/> 肘当て <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイアルロック <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 )						
レディメイド	メーカー名( ) 型番( ) 装具名称( )						
特記事項							
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				職 ・ 氏 名			
製品検査							