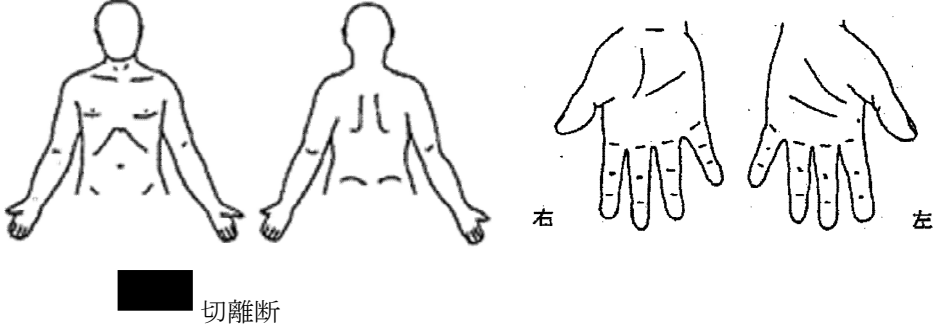
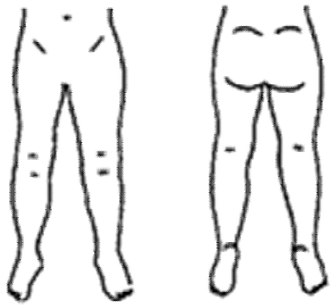



補装具費支給に関する意見書 (殻構造義手用)

氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
住 所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () 病名：()			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 ごろ			
切断・離断 ・欠損部位	<p>【上肢】</p> 右 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 左 (<input type="checkbox"/> 肩甲胸郭間 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 基節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 中節骨(第 指) <input type="checkbox"/> 末節骨(第 指)) 参考図示 (関係のない部分は記入不要)  <p style="text-align: center;">切離断</p>			
切断施術	年 月 ごろ			
現在の 障害部位 の状況	<p>【切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、FIM やBI等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入くだ さい。】</p>			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり・なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状 況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	<p>【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式13に記載すること。</p>			

補装具費支給に関する意見書 (殻構造義足用)

氏 名		男・女	生年 月 日	年 月 日
住 所				歳
原因となった 疾病・外傷名	<input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 () (病名:)			
疾病・外傷 発 生 年 月	年 月 日			
切断・離断 ・欠損部位	参考図示 (関係のない部分は記入不要) 【下 肢】 右 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指) 左 (<input type="checkbox"/> 片側骨盤 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> サイム <input type="checkbox"/> ショパール <input type="checkbox"/> リスフラン <input type="checkbox"/> 中足骨 <input type="checkbox"/> 足指)   切離断			
切断施術	年 月 日			
現 在 の 障害部位 の 状 況	【筋力、関節可動域の制限、立位・歩行の状況、歩行の実用性 (屋内、屋外での自立又は介助のレベル、連続歩行距離)、切断の場合は、断端の状態 (断端長、傷の有無、成熟の程度等)、F I MやB I 等ADL機能評価を行っている場合は、それらの情報も御記入ください。】			
使用中補装具 の状況	使用中の補装具 (あり ・ なし) 【ありの場合はその具体的状況 (修理が必要な状況等) を、再製作の場合は修理対応が困難な理由について御記入ください】			
処方補装具の 使用効果見込	【 処方補装具装着によって可能となる具体的動作等を御記入ください。 】 ※借受けが必要な場合は借受け期間及び効果を様式 13 に記載すること。			

