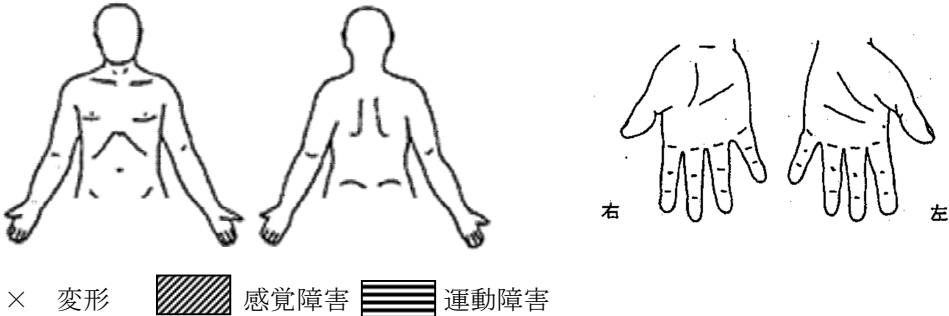
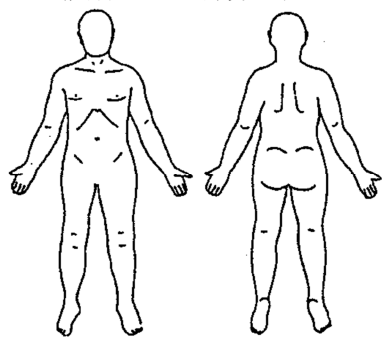




補装具費支給に関する意見書 (上肢装具・体幹装具用)

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				
治療経過	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】				
障害状況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価 なし / 感覚鈍麻	
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺 <input type="checkbox"/> 筋・骨格系	部 位	(障害に関わる部位の) MMT、ROM	感覚脱失 / 異常感覚 その他 () 評価不可能	
現在の 身体状況	【上肢・手指の変形、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。】 参考図示 (関係のない部分は記入不要) 				
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。				

補装具費支給に関する意見書 (下肢・靴型装具用)

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 ころ				
治療経過	【症状の経過及び診断・治療(既手術等)内容等について詳細に御記入ください。】				
障害状況	<input type="checkbox"/> 中枢性麻痺	部 位	ブルンストローム・ステージ	感覚評価 なし / 感覚鈍麻	
	<input type="checkbox"/> 末中枢性麻痺	部 位	(障害に関わる部位の) MMT、ROM	感覚脱失 / 異常感覚	
	<input type="checkbox"/> 筋・骨格系			その他 () 評価不可能	
現在の 身体状況	【下肢の変形、脚長差、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)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。】 参考図示 (関係のない部分は記入不要)  × 変形  感覚障害  運動障害				
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。				

様式 2-3-2 (裏面)

製作部位 及び製作区分	【部位】 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 【区分】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再製作 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> 借受け		
処方補 装具名 (採型区 分・基 本価格)	※別紙「補装具一覧(装具)」の該当する区分等を御記入ください。各項目欄左側数字等による記入も可		
	区分	名 称	定 義
			採型区分 (<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸)
下肢装具	継手	股 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 完成用部品名 ()
		膝 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手 完成用部品名 ()
		足 継 手	<input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 遊動式 <input type="checkbox"/> プラスチック継手 完成用部品名 ()
	支持部	大腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 大腿コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性 (<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> 坐骨支持式 <input type="checkbox"/> カーボン使用
		下腿支持部	<input type="checkbox"/> 半月 <input type="checkbox"/> 皮革等 (<input type="checkbox"/> カフベルト <input type="checkbox"/> 下腿コルセット) <input type="checkbox"/> 硬性 (<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> PTB式、PTS式及びKBM式 <input type="checkbox"/> カーボン使用
足 部		<input type="checkbox"/> あぶみ 完成用部品名 () <input type="checkbox"/> 足部 (<input type="checkbox"/> 足部覆い <input type="checkbox"/> 標準靴 <input type="checkbox"/> 硬性 (<input type="checkbox"/> 熱硬化性樹脂 <input type="checkbox"/> 熱可塑性樹脂) <input type="checkbox"/> 足底装具 (<input type="checkbox"/> MP関節遠位 <input type="checkbox"/> MP関節近位) <input type="checkbox"/> 足板の補強 <input type="checkbox"/> カーボン使用 <input type="checkbox"/> ベルト追加 (本)	
算要素	その他の加	<input type="checkbox"/> 膝サポーター (<input type="checkbox"/> 支柱付き <input type="checkbox"/> 支柱なし) <input type="checkbox"/> キャリパー <input type="checkbox"/> ツイスター (<input type="checkbox"/> 硬性 <input type="checkbox"/> 軟性) <input type="checkbox"/> デニスブラウン型 <input type="checkbox"/> 膝当て <input type="checkbox"/> T・Yストラップ <input type="checkbox"/> スタビライザー <input type="checkbox"/> ターンバックル <input type="checkbox"/> ダイヤルロック <input type="checkbox"/> アウトリガー <input type="checkbox"/> 伸展・屈曲補助装置 <input type="checkbox"/> 補高足部 <input type="checkbox"/> 足底裏革 <input type="checkbox"/> 高さ調整 <input type="checkbox"/> 内張り (<input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 足底装具) <input type="checkbox"/> 足底装具屋内用ベルト	
	発育性股関節形成不全用装具の加算要素 ()		
靴型装具	製作要素	左 (<input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足)	右 (<input type="checkbox"/> 患側 <input type="checkbox"/> 健足)
		<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分:)	<input type="checkbox"/> 採型 <input type="checkbox"/> 採寸 (採型区分:)
		<input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴	<input type="checkbox"/> 短靴 <input type="checkbox"/> チャッカ靴 <input type="checkbox"/> 半長靴 <input type="checkbox"/> 長靴
		<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴	<input type="checkbox"/> 整形靴 <input type="checkbox"/> 特殊靴
	加算要素	<input type="checkbox"/> グッドイヤー式 <input type="checkbox"/> マッケイ式	
<input type="checkbox"/> 月型の延長 <input type="checkbox"/> スチールバネ入り <input type="checkbox"/> トゥボックスの補強 <input type="checkbox"/> 鉛板の挿入 <input type="checkbox"/> 足背ベルト <input type="checkbox"/> ベルト(裏付き)の追加 <input type="checkbox"/> 補高 c m (<input type="checkbox"/> 敷き皮式 <input type="checkbox"/> 靴の補高) 脚長差 c m <input type="checkbox"/> ヒールの補正 <input type="checkbox"/> トルクヒール <input type="checkbox"/> ヒールウェッジ <input type="checkbox"/> カットオフヒール <input type="checkbox"/> キールヒール <input type="checkbox"/> サッチヒール <input type="checkbox"/> トーマスヒール <input type="checkbox"/> 逆トーマスヒール <input type="checkbox"/> フレアヒール <input type="checkbox"/> 階段状ヒール 足底の補正 <input type="checkbox"/> 内側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> 外側ソール・ウェッジ <input type="checkbox"/> デンバーバー <input type="checkbox"/> トーマスバー <input type="checkbox"/> メイヨー半月パー <input type="checkbox"/> メタターサルパー <input type="checkbox"/> ハウザーパー <input type="checkbox"/> ロッカーパー <input type="checkbox"/> 蝶型踏み返し			
製作、修理・借受けにあたっての留意点等	【上記完成用部品以外の指定や、継手等において高機能・高額な完成用部品を使用する場合はその理由、他部品と比較した状況など製作上の留意点について御記入ください。】		
上記のとおり意見します。 年 月 日 医療機関名 所在地 作成医師氏名 () (自署の場合は押印不要) 電話番号 () ※ 下記の該当する項目にチェックしてください。(いずれかに該当しなければ意見書を書くことができません。) <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第15条第1項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> 国立身体障害者リハビリテーションセンター学院において実施している当該補装具関係の適合判定医師研修会を修了している医師 <input type="checkbox"/> 【難病患者等に限り】難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に基づき都道府県が定める医師			

(別紙)

補装具一覧 (装具)			
区 分	名 称	定 義	
1 下肢装具	(1) 股装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
		D ツイスター	
	(2) 長下肢装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 軟性	
	(3) 膝装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 軟性	
	(4) 短下肢装具	A 硬性	
		B 両側支柱付	
		C 片側支柱付	
		D 後方支柱付	
		E 軟性	
	(5) 足装具	A 足底装具	
		B Denis-Browne (デニスブラウン) 型	
	2 靴型装具	A 長靴	
B 半長靴			
C チャッカ靴			
D 短靴			
3 体幹装具	(1) 頰椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C カラー	
		D 斜頰矯正用枕 (児童に限る)	
	(2) 胸腰仙椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	(3) 腰仙椎装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	(4) 仙腸装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
		D 骨盤帯	
	(5) 側弯彎症装具	A 硬性	
		B フレーム	
		C 軟性	
	4 上肢装具	(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	
(6) BFO			