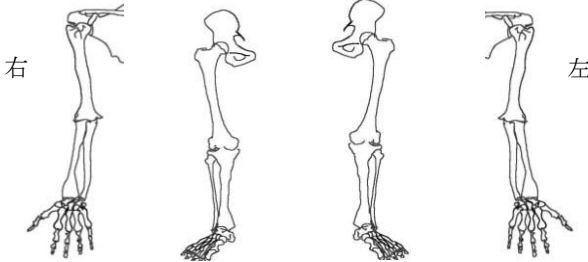


## 義肢 補装具費支給意見書

該当項目に必要事項又は○印を記入してください

|                                                                                        |          |                                                                                   |      |                                            |  |                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 氏名                                                                                     |          | 男<br>女                                                                            |      | 生年月日                                       |  | 年 月 日生 ( 歳)                                                                        |  |
| 障害名<br>(原傷病名)<br>疾病名                                                                   |          | (身障手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は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に規定する疾病名を記載してください。) |      |                                            |  |                                                                                    |  |
| 仮義肢の装着状況<br>・<br>今後の装着見込<br>・<br>目的等                                                   |          |                                                                                   |      |                                            |  |  |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   |      |                                            |  | 医学的所見 (離断・切断部位／断端状態・長さ等)                                                           |  |
| ※詳細な処方内容については、処方票に記載してください。                                                            | 右・左      | 義手                                                                                | 肩    | (肩甲骨郭間切断、肩関節離断及び上腕骨頸部切断用)                  |  | 義肢の略図<br>(必要に応じて説明を加えてください)                                                        |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 上腕   | (上腕切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 肘    | (肘関節離断用)                                   |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 前腕   | (前腕切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 手    | (手関節離断用)                                   |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 手部   | (手根中手切断用)                                  |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 手指   | (手指切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        | 殻構造・骨格構造 | 義足                                                                                | 股    | (片側骨盤切断、股関節離断及び大腿切断極短断端用)                  |  | 指示事項・特記事項                                                                          |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 大腿   | (大腿切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 膝    | (膝関節離断用)                                   |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 下腿   | (下腿切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | サイム  | (足関節離断(サイム切断)用)                            |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 足根中足 | (足根中足切断用(足根部から中足部までの切断で、ポイド切断及びピログフ切断を含む)) |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   | 足趾   | (足趾切断用)                                    |  |                                                                                    |  |
|                                                                                        |          |                                                                                   |      | (借受けの希望 有 ・ 無)                             |  |                                                                                    |  |
| 上記のとおり意見する。                                                                            |          |                                                                                   |      | 年 月 日                                      |  |                                                                                    |  |
| 医療機関名<br>診療科目名                                                                         |          |                                                                                   |      | 適合確認 ( 年 月 日)                              |  |                                                                                    |  |
| 医師氏名                                                                                   |          |                                                                                   |      | 確認者                                        |  |                                                                                    |  |
| 意見書作成医の資格                                                                              |          |                                                                                   |      | 職氏名                                        |  |                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法 15 条第 1 項に基づく指定医<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |          |                                                                                   |      |                                            |  |                                                                                    |  |