

【上肢装具 処方票】

継手	種類			個数			
	肩	固定式(片側)	遊動式(片側)	肩回旋装置	× ()		
	肘(片側)	固定式	遊動式	プラスチック継手	× ()		
		(※鋼線支柱及び完成用部品に指定されているプラスチック製の継手は遊動式とすること)					
	手(片側)	固定式	遊動式	プラスチック継手	× ()		
		(※鋼線支柱及び完成用部品に指定されているプラスチック製の継手は遊動式とすること)					
MP	固定式	遊動式		× ()			
I P	固定式 (硬性 ・ フレーム)	遊動式	鋼線支柱	× ()			
支持部	種類			個数			
	胸郭(半身)	硬性	フレーム	× ()			
	骨盤(半身)	硬性	フレーム	× ()			
	上 腕	半月		× ()			
		皮革等 (カフベルト 上腕コルセット)	※カフベルトは硬性と併用不可		× ()		
		硬性	サンドイッチ構造	× ()			
	前 腕	半月		× ()			
		皮革等 (カフベルト 前腕コルセット)	※カフベルトは硬性と併用不可		× ()		
硬性		サンドイッチ構造	× ()				
手部背側パッド	硬性	フレーム	× ()				
手掌パッド	硬性	フレーム	× ()				
完成用部品	具体的使用部品名						
	※その他の加算要素	肘サポーター (支柱付き 支柱なし) (※オーダーメイドに限る)			基節骨パッド (硬性 フレーム)		
		中・末節骨パッド (硬性 フレーム)			対立バー	Cバー	
		アウトリガー (個)			伸展・屈曲補助パネ (本 : 輪ゴムを用いる)		
		肘当て			ターンバックル	ダイヤルロック	フレクサーヒンジ
		内張り (上腕部 前腕部 手部) (※硬性の場合に限る)			懸垂帯 (使用部品 :)		
(特記事項)	※オーダーメイドの膝サポートが必要な場合等、特別な仕様となる場合はその理由を記載すること。						
上記のとおり意見する。				年 月 日			
医療機関名				適合確認 (年 月 日)			
診療科目名				確認者			
医師氏名				職氏名			
意見書作成医の資格				☐ 身体障害者福祉法15条第1項に基づく指定医			
				☐ その他()			