様式第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　補装具費支給（購入・修理）意見書　　　　　　　　　　　　　（義手用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  | 年　　月　　日（　　）歳 | 性別 | 男・女 |
| 住　所 |  |
| 医学的所　見 | 疾患名 |  | 切断部位 | 左　　右　　　両 | 職業（具体的に） |  |
| 障害名 |  | 断端長 | ㎝ |
| 障害・疾患等の状況（注：下記補装具を必要と認める理由が明確になるように記載する。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記載する） |
| 種目 | 殻構造・骨格構造 | 採型区分 | Ａ－（　　　　） | 種目名称別コード |  |
| 名称 | １． 上腕義手２． 肩義手３． 肘義手４． 前腕義手５． 手義手６． 手部義手７． 手指義手 | 型式・基本価格 | １．装飾用２．作業用３．能動式a.ハンド型手部付　　 f.ハンド型中断端用b.フック型手部付　 　g.フック型中断端用c.ハンド型長断端用 　h.ハンド型短断端用d.フック型長断端用 　i.フック型短断端用　e.フック型長断端用 j.フック型短断端用 | 加算 | １．肩甲胸郭間切断用２．吸着式３．顆上懸垂式４．スプリット式５．チェックソケット a.シリコーン又はライナー b.透明プラスチック |

【製作要素価格】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ソケット | 1. アルミニウム
2. セルロイド
3. 皮革
4. 熱硬化性樹脂
5. 熱可塑性樹脂
 | ソフトインサート | １．皮革２．軟性発泡樹脂３．皮革・軟性発泡樹脂 | 支持部 | １． 装飾用能動式 　a.　肩部b.　上腕部 (1)アルミニウム、セルロイド(2)熱硬化性樹脂c.　前腕部 (1)アルミニウム、セルロイド(2)熱硬化性樹脂 |
| 義手用ハーネス | １． 肩義手用　　　a. 胸郭バンド式肩ハーネス一式 b. 肩たすき一式２． 上腕義手用 a. 胸郭バンド式上腕ハーネス一式b. 肩たすき一式 c. ８字ハーネス一式３． 前腕義手用 a. 胸郭バンド式前腕ハーネス一式ｂ. ８字ハーネス一式ｃ. ９字ハーネス一式ｄ. たわみ継手（一組） ｅ. 前方支持バンドｆ. 上腕カフ（三頭筋パッド） | 外装 | １． 肩部　　　a. 皮革b. プラスチックｃ. 塗装２． 肩部　　　a. 皮革b. プラスチックｃ. 塗装３． 肩部　　　a. 皮革b. プラスチックｃ. 塗装 |

【完成用部品価格】

|  |  |
| --- | --- |
| 完成用部品 |  |

|  |
| --- |
| 特記事項、使用者の希望事項など記述すること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（借受けの希望　有・　無） |

|  |
| --- |
| 使用効果見込み（注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるように記載する）　 |
| 上記のとおり意見する。　　　　年　　月　　日　　　　　病院又は診療所の名称　　　　　所　　在　　地　　　　　診療担当科名　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　印　 |