様式第３号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　補装具費支給（購入・修理）意見書　　　　　　　　　　　（義足用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | Ｂ－（　　　　） | | | | 種目名称別コード | | |  | | |
| 名称・型式 |  | | 殻義足 | | | | | | | 骨格構造 | | | | | | |
| １．股義足 | | a.常用(普通)　b.常用(カナダ式)　c.作業用 | | | | | | | a.カナダ式 | | | | | | |
| ２．大腿義足 | | a.常用　b.吸着式常用　c.作業用 | | | | | | | a.差込式　b.吸着式 | | | | | | |
| ３．膝義足 | | a.常用 b.作業用 | | | | | | | a.常用 | | | | | | |
| ４．下腿義足 | | a.常用(普通)　b.常用(PTB式)　c.常用(PTS式)  d.常用(KBM式) e.作業用 | | | | | | | a.PTB式　　b.PTS式  c.KBM式　 d.長断端用 | | | | | | |
| ５．果義足 | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| ６．足根中足義足 | | a.鋼板入り　b.足袋型 | | | | | | |  | | | | | | |
| ７．足指義足 | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 基本価格 | １． 受皿式 　　　　６． PTB式  ２． カナダ式 　　　７． PTS式  ３． 差込式 　　　　８． KBM式  ４． ライナー式 　　９． 有窓式  ５． 吸着式 | | | | | | 加算 | a.片側骨盤切断用  b.短断端切断用キャップシャフト  c.坐骨収納型ソケット  d.大腿支柱付き | | | | | (1)チェックソケット  (2)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  セルロイド   1. 木製 2. 皮革 3. 熱硬化性樹脂 4. 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  ４．皮革・フェルト  ５．シリコーン | 支持部 | 殻構造義肢 | |
| １．常用  　a.　股部  b.　大腿部 (1)木製 (2)アルミニウム、セルロイド  c.　下腿部　 (3)熱硬化性樹脂  d.　足部  ２．作業用  　 a.．大腿部  　 b．下腿部 | |
| 義足懸垂用部品 | １． 股義足用　　a.懸垂帯一式  ２． 大腿義足用　a.シレジアバンド一式 b.肩吊り帯  c.腰バンド d.横吊帯 e.義足用吊帯  ３．下腿義足用 a.腰バンド b.横吊帯  c.大腿もも締め一式  d.PTB膝カフ一式 | | | 骨格構造義肢 | |
| １．股義足用  ２．大腿義足用  ３．下腿義足用 | |
| 外装 | １．股部  ２．大腿部  ３．下腿部  ４．足部 | a.皮革 d.表革  b.プラスチック e.裏革  c.塗装 f.リアルソックス |

【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 |