

上肢装具意見書・処方箋 (支給 ・ 修理)

事業者名：

氏名		年	月	日生
住所	福岡市 区	電話 ()		
障がい名				
【 医学的所見 】 (上肢装具を必要とする所見)				
装具の名称	(右 左 両)			
治療用装具	<input type="checkbox"/> 治療用装具を作成した。 <input type="checkbox"/> 治療用装具を作成していない。 <small>※初めて装具を作成する場合で、変形予防、疼痛緩和等治療的要素がある場合は治療用装具で作成してください。使用効果が明らかで日常生活上長期に使用する場合は補装具です。</small>			
使用状況	<input type="checkbox"/> 使用していない			
	<input type="checkbox"/> 使用している 前回作成時期 年 月 再作成理由 (※破損、適合状況等必ず記載してください。)			
目的・効果	<input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 学校用 <small>※ 原則、同じ型式の装具の屋内用・屋外用 2 具支給はできません。</small>			
年 月 日				
医療機関名				
診療科名				
医師名				

基本型式	名称	肩	肘		手背屈	長対立	把持	短対立	指	/	
	採型区分	D-1	D-2	D-3	D-4			D-5	D-6		
	採型										
	採寸										
構造		金属枠 硬性 両側支柱 軟性 パネル型 トーマス型 オッペンハイマー型 その他 ()									
製作要素	継手	肩	A 固定 (片側) B 遊動 (片側) C 肩回旋装置 × () × () × ()								
		肘 (片側)	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 × () × () × ()								
		手 (片側)	A 固定 B 遊動 C プラスチック継手 D 鋼線支柱 × () × () × () × ()								
		MP	A 固定 B 遊動 × () × ()								
		IP	A 固定 1金属 (アルミニウム) B 遊動 C 鋼線支柱 × () 2モールド (熱可塑性) × () × ()								
	支持部	胸郭 (半身)		A モールド (熱可塑性) B フレーム							
		骨盤 (半身)		A モールド (熱可塑性) B フレーム							
		上腕		A 半月 × ()	B 皮革 × ()	1カフバンド 2上腕コルセット × ()	Cモールド (熱可塑性)				
		前腕		A 半月 × ()	B 皮革 × ()	1カフバンド 2前腕コルセット × ()	Cモールド (熱可塑性)				
		手部背側パッド		A モールド × ()	B フレーム × ()						
手掌パッド		A モールド × ()	B フレーム × ()								
その他加算要素	基節骨パッド		モールド	フレーム							
	中・末節骨パッド		モールド	フレーム							
	対立バー										
	Cバー										
	アウトリガー										
	伸展・屈曲補助バネ										
	ターンバックル										
	ダイヤルロック										
内張り		上腕部・前腕部・手部									
完成用部品											
特記事項											