様式第２－１

補 装 具 費 支 給 意 見 書（殻構造義手）

北海道立心身障害者総合相談所

氏名		年齢	歳	市町村名	
原傷病名及び機能障害名	障害原因と機能障害名を記載すること。（発症年月日　　） ※障害者総合支援法で定める難病等に該当(□する・□しない)				
障害現症	断端長、上位関節の可動性、筋力、断端の状態、知覚障害の有無等を記載すること。 （注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載すること。） ※能動式・電動式の場合は、操作訓練の有無・予定、訓練開始・終了（予定）年月日を記載すること。 ・操作訓練（有・無・予定） 開始（予定）年月日　　年　　月　　日 終了（予定）年月日　　年　　月　　日				
義手名	1 肩義手　2 上腕義手　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	1 装飾用　2 作業用　3 能動式　4 電動式 ＊能動式の場合は該当する項目に○印を記載すること 肩義手：普通用・肩甲鎖骨切除　前腕義手：長断端・中断端・短断　手先部：ハンド型・フック型				
具体的な製作処方	採型複製区分	1 採型Ａ－（　　）　2 複製Ａ－（　　）			
	ソケット 型式	1 差込式　2 肩甲胸郭間切断用　3 吸着式　4 顆上懸垂式（ﾐｭﾝｽﾀｰ式・ﾉｰｽｳｪｽﾀﾝ式） 5 ｽﾌﾟﾘｯﾄｿｹｯﾄ　6 その他（　　） ＊ ﾁｪｯｸｿｹｯﾄの要否　要（仮合わせ専用・透明ﾌﾟﾗｽﾁｯｸ）・不要			
	ソケット 材質	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			
	ソフトインサート材質	1 皮革　2 軟性発泡樹脂　3 皮革・軟性発泡樹脂			
	ハーネス等 種類	1 胸郭ﾊﾞﾝﾄﾞ式 肩ﾊｰﾈｽ一式　2 胸郭ﾊﾞﾝﾄﾞ式 上腕ﾊｰﾈｽ一式　3 胸郭ﾊﾞﾝﾄﾞ式 前腕ﾊｰﾈｽ一式　4 肩たすき一式 5 ８字ﾊｰﾈｽ一式　6 ９字ﾊｰﾈｽ一式　7 たわみ継手　8 前方支持ﾊﾞﾝﾄﾞ 9 上腕カフ（三頭筋ﾊﾟｯﾄﾞ）　10 その他（　　）			
	肩部 支持部	1 修正あり　2 修正なし　3 その他（　　）			
	肩部 外装	1 皮革　2 プラスチック　3 塗装　4 その他（　　）			

裏面へ

<table>
<tr><td rowspan="4">具体的な製作処方</td><td rowspan="2">上腕</td><td>支持部</td><td>1　アルミニウム　2　セルロイド　3　熱硬化性樹脂　4　金属（作業用幹部）
5　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>外　装</td><td>1　皮　　革　2　プラスチック　3　塗　　装　4　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">前腕</td><td>支持部</td><td>1　アルミニウム　2　セルロイド　3　熱硬化性樹脂　4　金属（作業用幹部）
5　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>外　装</td><td>1　皮　　革　2　プラスチック　3　塗　　装　4　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">完成用部品</td><td colspan="2">継　手</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">手先具</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他
消耗品等</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">使　用　効　果</td><td>具体的に記載すること。
（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記載すること。）</td></tr>
</table>

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名

診　療　科

医　師　名

【　記載上の留意事項　】

1　選択肢がある場合は、該当する項目に〇印を付け、その他(　)については形式等を具体的に記載すること。

2　骨格構造義手については、補装具費支給意見書は不要です。