

## 補装具費支給意見書 (殻構造義足)

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入すること。 <p style="text-align: right;">※障害者総合支援法で定める難病等に該当 (□する・□しない)</p>				
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入すること。 (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。)				
	切断年月日 平成 年 月 日 仮義足訓練の開始年月日：平成 年 月 日				
義足名	1 股義足   2 大腿義足   3 膝義足   4 下腿義足   5 果義足 6 足根中足義足   7 足指義足				
型式	1 常用   2 作業用				
具 体 的 な 製 作 方 法	採型複製区分		1 採型B- (                    )   2 複製B- (                    )		
	ソケット	型式	1 差込式   2 ライナー式   3 吸着式   4 受皿式   5 カナダ式 6 PTB式   7 PTS式   8 KBM式   9 有窓式   10 足袋型 11 その他 (                    )		
		特別調整	A 片側骨盤切断用   B 短断端切断用キップシャフト   C 坐骨収納型ソケット D 大腿支柱付き   E チェックソケット		
	材質	材質	1 アルミニウム   2 セルロイド   3 熱硬化性樹脂   4 熱可塑性樹脂   5 皮革 6 木製		
		ソフトインサート材質	1 皮革   2 皮革・軟性発泡樹脂   3 皮革・フェルト   4 軟性発泡樹脂 5 シリコーン		
	懸垂用部品		1 懸垂帯一式   2 シレジアバンド一式   3 肩吊り帯   4 腰バンド   5 横吊帯 6 股吊帯   7 大腿もも締め一式   8 PTBカフベルト一式		
	股部	支持部	大幅な修正 ( あり ・ なし )		
		外装	1 皮革   2 プラスチック   3 塗装   4 その他 (                    )		
	股継手		1 ヒンジ継手   2 カナダ式		
	大 腿	支持部	1 アルミニウム   2 セルロイド   3 熱硬化性樹脂   4 木製   5 金属 (作業用幹部) 6 その他 (                    )		
外装		1 皮革   2 プラスチック   3 塗装   4 その他 (                    )			

裏面へ

具 体 的 な 製 作 処 方	膝	型 式	1 ブロック 2 ヒンジ
		軸	1 単軸 2 多軸 3 その他 ( )
	継 手	種 類	1 遊動(全遊動) 2 遊動(安全膝) 3 固定 4 その他 ( )
		ロ ッ ク	1 前止め 2 横止め 3 その他 ( )
	下 腿	支 持 部	1 アルミニウム 2 セルロイド 3 熱硬化性樹脂 4 木製 5 金属(作業用鉄脚)
		外 装	1 皮革 2 プラスチック 3 塗装 4 その他 ( )
	足 部	型 式	1 固定 2 遊動(単軸) 3 遊動(多軸) 4 サッチ 5 足指義足用 6 その他 ( )
		支 持 部	1 軟性発泡樹脂
		外 装	1 表革 2 裏革 3 塗装 4 リアルソックス
	その他の部品		1 吸着バルブ 2 KBMウェッジ 3 先ゴム 4 踵ゴム 5 前止金具 6 その他 ( )
使 用 効 果		具体的に記入すること。 (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。)	
記載年月日      平成      年      月      日			
医療機関名			
診 療 科			
医 師 名		(印)	
<b>【記載上の留意事項】</b> 1 選択肢がある場合は、該当する項目に○印をつけ、その他( )については形式等を具体的に記入すること。 2 骨格構造義足については、補装具費支給意見書は不要です。			