

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（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> 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。 ※難病患者等で当該疾病が急速に進行するため迅速な支給が必要と認められる場合に該当（ <input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない） ※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し、迅速な手続きが必要な場合は、迅速な手続きが必要な理由についても記載すること。 （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。） 切断年月日 年 月 日 仮義足訓練の開始年月日 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 サイム義足 6 足根中足義足 7 足趾義足				
採型複製区分	1 採型B-（ ） 2 複製B-（ ）				
具 体 的 な 製 作 処 方	型式	1 差込式 2 ライナー式 3 吸着式 4 PTB式 5 PTS式 6 KBM式 7 TSB式 8 有窓式 9 足袋式 10 下腿部支持式 11 その他（ ）			
	型式加算	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			
	ソケット	1 熱硬化性樹脂 2 熱可塑性樹脂 3 皮革 4 木製			
	ソケット加算	1 エアクッションソケット 2 二重ソケット 3 カーボンストックネット 4 下腿部支持式			
	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			
	ソフトインサート加算	1 下腿部支持式			
	懸垂用部品	1 懸垂帯一式 2 シレジアバンド一式 3 肩吊帯 4 腰バンド 5 横吊帯 6 義足用股吊帯一式 7 大腿コルセット一式 8 PTBカフベルト一式			
	股部	支持部	1 修正あり 2 修正なし		
	外装	1 皮革 2 プラスチック 3 塗装 4 その他（ ）			

裏面へ

