様式第３－１

補 装 具 調 査 書（骨格構造義肢）

北海道立心身障害者総合相談所

【　記載上の留意事項　】
1 この調査書は、骨格構造義肢の判定（ソケットの修理を除く。）に使用する。
2 この調査書の記載者は、市町村、医療機関又は福祉施設等の担当職員である。
　市町村職員は「断端の状態」の調査を補装具製作業者に依頼することができる。
3 選択肢がある場合は、該当する項目に〇印をつけ、（　　）内に具体的内容を記載すること。
4 両側切断で両側の判定の場合は、左右それぞれについて調査書を作成すること。

氏名		年齢	歳	市町村名		判定側	右・左

病歴

1 受傷年月日　　年　　月　　日
2 受傷原因
　ア 産業災害　イ 交通事故　ウ 疾病（　　）　エ その他（　　）
3 切断部位
　上 肢：ア 肩 甲　イ 肩関節　ウ 上 腕　エ 肘関節　オ 前 腕　カ 手関節
　下 肢：ア 骨 盤　イ 股関節　ウ 大 腿　エ 膝関節　オ 下 腿　カ 足関節
4 切断年月日　　年　　月　　日
5 断端訓練開始年月日　　年　　月　　日
6 仮義肢開始年月日　　年　　月　　日
7 再切断年月日　　年　　月　　日
8 断端形成年月日　　年　　月　　日

現在使用中の義肢

1 装着年月日　　年　　月　　日
2 義肢の種類
　ア 骨格構造の仮義肢　イ 骨格構造の本義肢　ウ 殻構造の仮義肢　エ 殻構造の本義肢
3 義肢の名称
　義 手：ア 肩 義 手　イ 上腕義手　ウ 肘 義 手　エ 前腕義手
　義 足：ア 股 義 足　イ 大腿義足　ウ 膝 義 足　エ 下腿義足　オ サイム義足
4 ソケットの形式
　ア 差 込 式　イ ライナー式　ウ 吸 着 式　エ カナダ式　オ ＰＴＢ式
　カ その他（　　）
5 使用部品メーカー名（骨格構造義肢の場合のみ記載すること）
　ア オットーボック　イ ラポック　ウ 啓　愛　エ その他（　　）
6 製作業者名（　　）

断端の状態

断端長	上腕長　　cm	前腕長　　cm	大腿長　　cm	下腿長　　cm
可動性	患肢の残存関節は自由に動くか。	ア 動 く	イ 動かない	
力 性	上記関節は手で押さえても自由に動くか。	ア 動 く	イ 動くが半減する	ウ 動かない
知 覚	断端に触れた感じがわかるか。	ア わかる	イ わかるがにぶい	ウ わからない
痛 み	断端を軽くたたくとピリッとした痛みがあるか。	ア あ る	イ な い	
傷	断端に傷があるか。	ア あ る	イ な い	

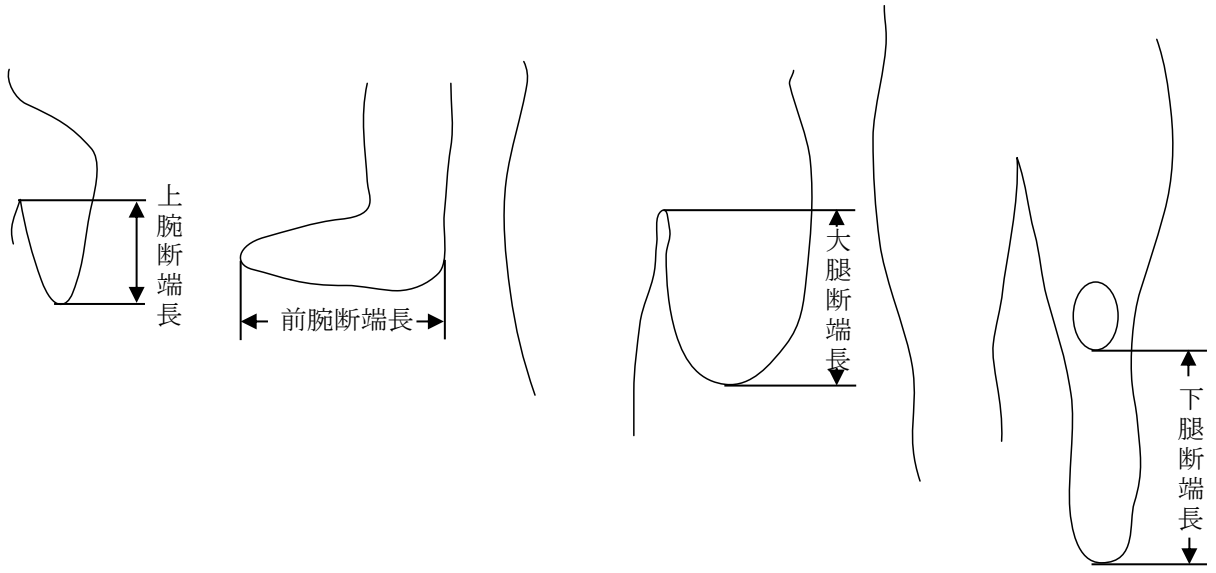
調 査 年 月 日　　年　　月　　日

所 属 機 関 名

調査者職・氏名

計測図は裏面

【　断端長の計測図　】



上腕は腋窩より、前腕長は肘頭より、大腿長は股下より、下腿長は膝蓋骨下端より、断端先端までの長さである。