

補装具費支給意見書(義足)

住所					
氏名		年 月 日生(歳)			
障害名				種 級	
医学的所見	切断術施行日	年 月		理由	
	現 症	切断部位(両・右・左) _____ 切断			
		(作成・修理)が必要である。			
	歩行(義足装着時)	屋外歩行可	屋内歩行可	介助	不可能
	立位保持(同上)	自立	要手すり	介助	不可能
	移 乗 (同 上)	自立	要手すり	部分介助	全介助
身 体 状 況	身長 ()cm		体重 ()kg		
処方内容	[殻構造義足]	カナダ式		[骨格構造義足]	
	B-1 受皿式	ライナー式	吸着式	B-1 カナダ式	
	B-2 差込式	ライナー式	吸着式	B-2 差込式	
	B-3 差込式	PTB式		B-3 差込式	
	B-4 差込式	KBM式		B-4 差込式	
	B-5 差込式	有窓式		B-5 差込式	
	B-6				
	B-7				
	ソケット	合成樹脂 アルミ、セルロイド 皮革			
	ソフトインサート	皮革 軟性発泡樹脂 フェルト シリコーン			
膝継手 殻構造	ヒンジ継手() 鉄脚 ブロック継手()				
骨格構造	単軸膝() 安全膝 多軸膝() 他()				
足継手	固定式 遊動式				
足部	固定 単軸 多軸 SACH 他()				
懸垂用部品	肩吊り 腰バンド 横吊 股吊 他()				
その他	膝カフ ターンテーブル 他()				
外装	有 無				
製作に当たっての特記事項					
上記のとおり意見します。 年 月 日					
医療機関名 診 療 科 医 師 名				印	

意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項に定める指定医師で肢体不自由の指定を受けている者、又は指定自立支援医療機関の医師が作成すること。

※ 耐用年数基準前の作成または高額な修理は、特に理由を明記すること。

※ 原則的に、一人に一義足の交付である。

※ 他法の適用が可能なのは、障害者総合支援法に優先する。