

義足（殻構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和7年7月改訂）

市町村名		氏名		生年月日		年	月	日	(歳)
切断部位	(右・左・両)								
基 本 型 式	構造種別		殻構造						備考
	名称		股	大腿	膝	下腿	サイム	足根中足	足趾
	採型区分		B-1	B-2	B-3	B-4	B-5	B-6	B-7
	型式			差込式 ライナー式 吸着式	差込式 ライナー式 吸着式	差込式 PTB式 PTS式 KBM式 TSB式	差込式 有窓式	足袋式 下腿部支持式	
加算要素		片側骨盤切断用 短断端切断用キップシャフト 坐骨収納型 大腿支柱付き チェックソケット 透明プラスチック							
製 作 要 素	ソ ケ ッ ト	木製							
		皮革							
		熱硬化性樹脂							
		熱可塑性樹脂							
	加算要素	エアクッションソケット カーボンストッキネット 二重ソケット（熱硬化性樹脂・熱可塑性樹脂） 下腿部支持式							
ソ ン フ サ ー イ ト	皮革・フェルト								
	皮革								
	軟性発泡樹脂								
	皮革・軟性発泡樹脂								
	シリコーン								
支 持 部	股部								
	大腿部（膝義足を含む）	木製 熱硬化性樹脂							
	下腿部（サイム義足を含む）	木製 熱硬化性樹脂							
	足部	軟性発泡樹脂（サイム、足根中足、足趾義足のみ適応）							
懸 垂 部 品	股義足	懸垂帯一式							
	大腿・膝	シレジアバンド一式 肩吊り帯 腰バンド 横吊带 義足用股吊带一式							
	下腿・サイム	腰バンド 横吊带 大腿コルセット一式 PTBカフベルト一式							
断 端 袋	大腿用								
	下腿用								
外 装	股部・大腿部・下腿部	皮革 プラスチック 塗装							
	足部	表革 裏革 塗装 リアルソックス							
完 成 用 部 品	股継手								
	膝継手								
	足継手								
	足部								
	その他								
特記事項、使用者の希望事項などを記載すること。									
(借受けの希望 有 ・ 無)									
年 月 日 所在地 医療機関名 診療科名						製作予定事業者名			
医師名 (記名押印又は署名)						種目名称別コード			

※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。完成用部品には、使用部品の品番を記載のこと。

義肢意見書

(令和7年7月改訂)

氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
現住所					
障害名				障害等級 級	
現 症 *おもに障がいの原因となる原疾患の病名と病歴、現在の身体状況等及び能力低下をきたす原因となる機能障がい等についても具体的に記載すること。					
補装具の名称					
現在の補装具の状況について					
1 所持している 支給体系 総合支援法(身障法)・医療保険・労災補償法 その他()					
支給年月日 破損状況 装着状況					
2 所持していない					
現在の生活地	在宅 施設入所中 入院中 その他() ※ 施設名・病院名(診療科名)を記入()				
装着についての意見(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。) (使用効果見込等)					
年 月 日					
所在地 医療機関名 診療科名			医師名 (記名押印又は署名)		

義肢の完成用部品の比較検討状況について

(※新規申請及び再支給、修理でタイプ変更を希望される場合に記載してください。)

氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

【 ライナー、 膝継手、 足部・足継手、 その他 】 ←該当するものに○

- ※注 1 パーツごとに、1枚ずつ記入すること。
 2 試用した完成用部品の比較検討状況を記載すること。
 (カタログ記載の一般的な内容ではなく、「対象者にとって」という個別の視点で記載すること。)
 3 試用するも、適合しなかった完成用部品についても記載すること。
 4 訓練用仮義足と同じ部品を使用する場合でもその部品を選定するに至った理由を記載すること。

	部品名 (型式)	特徴	試用期間 ・時間	希望理由・結果 (使用感や特に不都合があるところを具体的に記載すること。)
記載例	足部 1C30 (SACH)		RO.O.O ~RO.O.O (1日2時間)	・足部が柔らかすぎて、踵を着いた際(踵接地時)にくじいた感じ(内反)になり、不安定で心配とのこと。
申請の 完成用 部品				
他に比 較検討 した完 成用部 品				
※比較検討した完成用部品(ライナー、膝継手、足部・足継手、その他)がない場合は、その理由を記載してください。				

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： _____ (職種： _____)

