

上肢装具処方箋（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） | | | |
| 装着部位 | | （ 右 ・ 左 ・ 両 ） | | | | | | | |
| 基本型式 | 名称 | 肩 | | 肘 | | 手関節 (長対立・把持を含む) | 手 (短対立・CM関節を含む) | 指 | 備考 |
| | 採型区分 | D-1 | D-2 | D-3 | D-4 | | D-5 | | D-6 |
| | 採型 | | | | | | | | |
| | 採寸 | | | | | | | | |
| | 構造 | 硬性 フレーム | | 軟性 両側支柱 | | 片側支柱 | | その他（ ） | |
| 製作要素 | 継手 | 肩 | A 固定式(片側) × () | | B 遊動式(片側) × () | | C 肩回旋装置 × () | | |
| | | 肘(片側) | A 固定式 × () | | B 遊動式 × () | | C プラスチック継手 × () | | |
| | 手 | 手(片側) | A 固定式 × () | | B 遊動式 × () | | C プラスチック継手 × () | | |
| | | MP | A 固定式 × () | | B 遊動式 × () | | | | |
| | | IP | A 固定式 × () | | 1 硬性 2 フレーム | | B 遊動式 × () | | C 鋼線支柱 × () |
| 支持部 | 胸郭(半身) | A 硬性 | | B フレーム | | | | | |
| | 骨盤(半身) | A 硬性 | | B フレーム | | | | | |
| | 上腕 | A 半月 × () | | B 皮革等 × () | | 1 カフベルト 2 上腕コルセット | | C 硬性 × () | |
| | 前腕 | A 半月 × () | | B 皮革等 × () | | 1 カフベルト 2 前腕コルセット | | C 硬性 × () | |
| | 手部 | 手部背側パッド | A 硬性 × () | | B フレーム × () | | | | |
| | | 手掌パッド | A 硬性 × () | | B フレーム × () | | | | |
| その他の加算要素 | <ul style="list-style-type: none"> 肘サポーター (支柱付き・支柱なし) 基節骨パッド (硬性・フレーム) 中・末節骨パッド (硬性・フレーム) 対立バー ・ Cバー ・ アウトリガー 伸展・屈曲補助バネ ・ 肘当て ・ ターンバックル フレクサーヒンジ ・ 内張り (上腕部・前腕部・手部) | | | | | 図示(姿図) ※必ず記載すること。 ※レディメイド(既製品)の場合 メーカー名 () 商品名 () | | | |
| 完成用部品 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 製作予定事業者名 | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | |
| 診療科名 | | | | | 種目名称別コード | | | | |
| | | | | | 医師名 (記名押印又は署名) | | | | |

- ※ 基本型式、製作要素等の必要部品に○をつけること。
- ※ 完成用部品については、使用部品を記載のこと。
- ※ × () には、個数を記載のこと。

上肢装具(BFO)検討状況について

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

※ 4上肢操作については、具体的にBFOを使用したい場面を記載してください。
 (例) 食事でのスプーン操作、歯磨き(歯ブラシ)、髪をブラシでとく等

| | 調査事項 | 調査回答 |
|-----------------|--|------|
| 1 | 申請の理由について(いつ、どなたの勧めで) | |
| 2 | 試用期間 (例) RO.O.O~RO.O.O(1日0時間)等 | |
| 3 | 介助の詳細な状況 (介助者、使用されているサービスの状況・内容等) | |
| 上肢操作について | | |
| 4 | ① どのような動きが困難ですか。 | |
| | ② どの程度時間を要しますか。 どの程度介助が必要ですか。 | |
| | ③ 申請の装具の装着により、どの程度時間が短縮され、どのような点が改善されましたか。 | |
| | ④ 本人の使用感 | |
| 5 | セッティングや調整の体制 (アフターフォローも含めて) | |
| 6 | 今後、日常的に使用されますか。 (耐用年数3年) | |
| ※その他、特記事項 | | |

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者: _____

(職種: _____)

下肢・靴型・体幹・上肢装具判定依頼調査書

| | | | |
|--|-------|------------|------------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| <p>1 治療用装具（医療で製作）について</p> <p>①治療用装具は所持しているか：（有 [年 月製作] ・ 無 ）</p> <p>②①で有の場合：どこの病院で、何という装具（タイプ名も記載）を製作したのか？ （例）リーストラップ、シューホン型 等）</p> <p>[]</p> <p>③①で無の場合：申請の装具を更生用装具（補装具制度）で製作する理由は何か？ （治療用装具を製作しなかった場合はその理由）</p> <p>[]</p> <p>2 現在の状況について</p> <p>①移動手段について（屋内と屋外に分けて記載）： 例）屋内は、装具を装着し、T字杖を使用して何とか歩行。 屋外は、装具を装着し、H28年に補装具費で支給された車椅子を使用して移動。</p> <p>[]</p> <p>②生活状況について（就労・社会参加・通院・買い物等の有無や頻度）：</p> <p>[]</p> <p>3 申請の装具について</p> <p>①現在使用中の装具と同タイプか？タイプ変更があるか？ タイプ変更の場合は、名称の記載 （例：右）短下肢装具（両側支柱：足部モールド）へ変更希望）</p> <p>[]</p> <p>②申請の装具の検討過程 （タイプ変更がある場合は、変更理由、実際に試したのかも含めた比較検討結果）</p> <p>[]</p> <p>4 今回の申請理由について： ※破損等が理由の場合は、いつ、どのようにして、どの部分が破損したのか（写真添付：任意）</p> <p>[]</p> <p>5 借受けの希望があれば内容を詳細に聞き取ってください。</p> <p>[]</p> <p>6 「補装具の支給対象となる補装具の個数は、原則1種目につき1個」の説明及び了承 （ 済 ・ 未 ）</p> | | | |
| 来所希望日（ ） | | 補装具事業者名（ ） | |
| 調査日 | 年 月 日 | 市町村調査者氏名： | |