

義足（殻構造）処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和6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 リテー式 吸着式	差込式 リテー式 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							
	ソフタイ	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）							
	懸垂用品	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 医師名 （記名押印又は署名）						製作予定事業者名				
						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6年4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

【 ライナー、膝継手、足部・足継手、その他 】 ← 該当するものに、○を付けてください。

※注 1 パーツごとに、1枚ずつご記入ください。

2 試用した完成用部品の比較検討状況を記載してください。

(カタログに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してください。

	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： 令和 年 月 日

記入者：

(職種：

)

＜ 義肢 判定依頼調査書 ＞

調査日 令和 年 月 日（市町村調査者氏名： ）

ふりがな	
氏 名	生年月日（ T・S・H・R ） 年 月 日（ 歳）
1 切断等について	
①切断等の理由（疾病の場合は疾患名・事故・その他）（ ）	
②切断等年月日・労災の適応の有無 S・H・R 年 月 日（頃） 労災（有・無）	
2 訓練用仮義肢（医療用）について S・H・R 年 月 日 頃 製作（病院名： ） 義肢名（右・左）（ 殻構造・骨格構造 ）	
3 入院・手術・治療等の経過について（合併症（糖尿病等）がある場合も記載のこと）	
4 現在の状況、活動状況（自立歩行・手摺り・杖・車椅子の併用等）について	
① 断端の状況（腫脹・痛み・傷・出血・日内等変動の有無）：	
② 屋内：（義肢の装着状況や使用状況を具体的に記載）	
③ 屋外：（義肢の装着状況や使用状況を具体的に記載）	
④ 階段昇降等：	
⑤ 生活状況（就労・社会参加・通院・買い物等）	
5 今回の判定依頼について	
① 年 月支給又は修理分の＜修理・再支給＞ ＜新規支給＞ 相談したい義肢の状況（サイズ不適合、破損、経年劣化等の状況（新規支給の場合は訓練用仮義肢について）を記載してください。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。）	
②再支給や修理の際に完成用部品の品番の変更がある場合、「義肢の完成用部品の比較検討状況について」にて、選択理由及び選定過程を確認します。なお、新規申請の場合においても、医療用で作製した義肢の完成用部品の選択理由について、同様の調査をお願いします。	
・ 来所希望日（ ） ・ 補装具製作者（ ）	

*今回の＜新規支給・再支給・借受け・修理＞に関する義肢について、可能な限り具体的に記入してください。