

上肢装具処方箋（新規・再支給・借受け・修理）（令和6年4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 (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 × ()	
	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	
		前 腕	A 半月 × ()		B 皮革等 × ()		1 カフベルト 2 前腕コルセット	
		手部背側パッド	A 硬性 × ()		B フレーム × ()			
その他の加算要素	手 掌パッド	A 硬性 × ()		B フレーム × ()				
	・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 所 在 地 医療機関名 診 療 科 名					製作予定業者名 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。

装具意見書

(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 も具体的に記入す ること。						
補 装 具 の 名 称	(注：タイプ名を記載すること。)			【レディメイド(既製品)の場合】 メーカー名 () 商品名 ()		
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)						

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.O～RO.O.O.O(1日O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)
-------------	--	------	-------------

1 治療用装具（医療で製作）について

①治療用装具は所持しているか：（ 有 [年 月製作] ・ 無 ）

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）

[]

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）

[]

2 現在の状況について

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。

[]

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）：

[]

3 申請の装具について

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）

[]

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）

[]

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）

[]

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。

[]

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)

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：
-----	-------	-----------