

(補様式2)

補装具意見書(義肢・装具)

氏名	(男・女)	年 月 日生 (歳)
住所		
身体障害者 手帳	有 無	障がい名 種 級 年 月 日交付
難病 疾患名	(身障手帳未取得の場合に記入)	
現病歴 および現状 について		
生活状況	(施設等福祉サービスの利用について)	
断端の状態 (義肢の場合)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 異常有 (所見:)	断端長 cm
義肢・装具の 装用歴	(右・左・両側) <input type="checkbox"/> (骨格・殻)構造義肢 <input type="checkbox"/> プラスチック短下肢装具 <input type="checkbox"/> 両側支柱つき下肢装具 <input type="checkbox"/> 靴型装具 <input type="checkbox"/> 補高靴 <input type="checkbox"/> 足底装具 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 現在装用(年 月～) <input type="checkbox"/> 過去に装用 (年 月～ 年 月) <input type="checkbox"/> 装用歴なし
今回必要な 義肢・装具	(右・左・両側) <input type="checkbox"/> (骨格・殻)構造義肢 <input type="checkbox"/> プラスチック短下肢装具 <input type="checkbox"/> 両側支柱つき下肢装具 <input type="checkbox"/> 靴型装具 <input type="checkbox"/> 補高靴 <input type="checkbox"/> 足底装具 <input type="checkbox"/> その他()	
上記使用効果 見込み	(注:借受けが必要な場合は借受け期間および効果が明確となるように記載。)	
具体的処方	別紙のとおりです。	
記入日	年 月 日	
医療機関名 担当科 医師名	氏名 _____	
<p>※ この様式での意見書記載には、次のいずれかの条件が必要です。 下記の該当する項目をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 国立障害者リハビリテーションセンター学院で当該補装具関係の適合判定医師研修会を受講修了している医師 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師で、かつ所属医学会で認定されている専門医 <input type="checkbox"/> 都道府県が指定する難病医療拠点病院又は難病協力医療機関において難病治療に携わる医療を主として担当する医師であって、所属学会において認定された専門医</p>		

* 下欄は総合福祉相談所の審査医師が記入します。

上記補装具は(適当・不適当)と判定します。

年 月 日 福井県総合福祉相談所 審査医師