

筋電義手 調査票

氏名		男・女	昭・平・令	年	月	日生 ()	歳
住所							
身体障害者手帳	交付日： 年 月 日 総合等級： 級 当該義手に係る障害名 () (級) 切断部位 ※障害名と切断部位が異なる場合に、下欄に切断部位を記入してください。 : () ※原則、1上肢を <u>手関節以上</u> で切断している者を対象とします。						
就労	<input type="checkbox"/> 有 → (勤務先) (職種) (勤務日数・勤務時間) <input type="checkbox"/> 無						
支給対象者要件 該当する要件に チェック	<input type="checkbox"/> 専門機関で装着訓練、試用評価が済んでおり ^{注1} 、筋電義手の使用が可能であることが確認できる者。 <u>注1 仮義手(訓練用筋電義手)作製をし、ソケットの形状、電極の位置決定等が訓練段階で終了しており、十分な訓練ができています。</u> 【装着訓練及び評価を行った専門機関名】 () 【装着訓練及び評価期間】 (年 月 日 ~ 年 月 日) 【装着訓練及び評価時に携わった職種 (医師・義肢装具士・理学療法士等)】 () <u>※試用評価項目・結果が分かる資料を、添付して下さい。</u> <input type="checkbox"/> 就労等により、能動義手では効果が期待できない強い把持力を要求される作業をしなければならない。 (具体的な作業内容を記入して下さい。) <input type="checkbox"/> 就労等により、能動義手では手先具の開閉が困難な肩関節を拳上した高さでの作業をしなければならない。 (具体的な作業内容を記入して下さい。)						

	<p><input type="checkbox"/> 就労等により、細かな作業をしなければならない。 （具体的な作業内容を記入して下さい。）</p> <p><input type="checkbox"/> 筋電義手を支給後も、筋電義手のメンテナンス、フォローをする専門相談機関が決まっている。 （専門相談機関名）</p>
--	---

備考（その他参考となる事項）

令和 年 月 日

記入者： (市町： 担当課：)

※ 市町補装具担当者が作成して下さい。