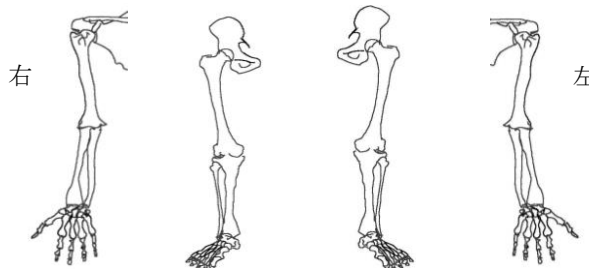


## 義肢 補装具費支給意見書

該当項目に必要事項又は○印を記入してください

氏名	男  女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
障害名 (原傷病名)  疾病名	(身障手帳所持者は手帳の「障害名」及び原傷病名を、難病患者等は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾病名を記載してください。)				
仮義肢の装着状況 ・ 今後の装着見込 ・ 目的等	医学的所見 (離断・切断部位/断端状態・長さ等)  				
※詳細な処方内容については、処方票に記載してください。	右・左	義手	肩	装飾用・作業用・ 能動式(ハンド型・ フック型・手部交換式)・ 電動式 その他 ( )	義肢の略図 (必要に応じて説明を加えてください)  指示事項・特記事項   (借受けの希望 有 ・ 無)
			上腕		
	肘				
	前腕				
	殻構造・骨格構造	義足	手	装飾用・作業用・ 電動式	
			手部		
	採型・採寸	義足	手指	装飾用・作業用・ 電動式	
			股	常用・作業用 その他 ( )	
			大腿		
			膝		
下腿					
採型・採寸	義足	果	鋼板入り・足袋式・ 下腿部支持式		
		足根中足			
採型・採寸	義足	足指	鋼板入り・足袋式・ 下腿部支持式		
		足指			

上記のとおり意見する。 年 月 日

医療機関名  
診療科目名  
医師氏名  
  
意見書作成医の資格  身体障害者福祉法 15 条第 1 項に基づく指定医  
 その他 ( )

適合確認 ( 年 月 日)  
確認者  
  
職氏名