

義手意見書・処方箋（支給・修理）

業者名

氏名		男・女	年 月 日生
住所	福岡市 区		電話（ ）
障がい名			等級 級
【 医学的所見 】（義肢を必要とする所見）			
現在の生活地	1 在宅 2 施設入所 3 入院 4 その他（ ）		
義手の名称	（ 右 ・ 左 ・ 両 ）		
使用状況	1 使用していない 2 使用している（前回支給時期： 年 月）		
	使用中の制度	障害者総合支援法 ・ 社会保険制度 業務災害補償制度 ・ その他（ ）	
	再支給の理由		
【 装着についての意見 】（効果の見込み等）			
年 月 日 医療機関名 診療科名 科 医師名			

基本構造	構造種類		殻構造(右・左)							
	名称		肩甲胸郭間	肩	上腕	肘	前腕	手	手部	手指
	採型区分		A-1		A-2	A-3	A-4	A-5	A-6	A-7
	装飾用									
	作業用									
	能動用									
製作要素	ソケット	型式	差し込み式 ・ 全面接触 ・ 顆上部支持式 ・ 呼吸式 ・ スプリット式							
		アルミニウム・セルロイド								
		皮革								
		熱硬化性樹脂								
		熱可塑性樹脂								
		セルロイド								
		チェックソケット								
	ソフトインサート	皮革								
		軟性発泡樹脂								
		皮革・軟性発泡樹脂								
	ハーネス	肩	胸郭用ベルトハーネスー式							
			肩たすきー式							
		上腕	8字ハーネスー式							
			8字ハーネスー式							
		前腕	9字ハーネス							
		上腕カフ(三頭筋パット)								
	支持部	装飾用能動式	肩部							
			上腕部	アルミニウム ・ セルロイド ・ 熱硬化性樹脂						
			前腕部	アルミニウム ・ セルロイド ・ 熱硬化性樹脂						
		作業用	上腕部							
			前腕部							
外装		肩部	皮革 ・ プラスチック ・ 塗装							
	上腕部	皮革 ・ プラスチック ・ 塗装								
	前腕部	皮革 ・ プラスチック ・ 塗装								
完成用部品	肩	継	手							
	肘	継	手							
	手	継	手							
	手	先	具							
特記事項										

※ 基本構造，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，使用部品名及びメーカー名を記載すること。