処方箋（上肢装具）

【処方箋様式11】

令和６年４月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | |  | **住所** | （　市・区・町・村　） |
| 必要と認める補装具の処方内容 | **補装具の種目，名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　（****右****左　）**  ※複数必要な項目には『×』の次に数量を記載してください   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ●基本価格 | | Ｄ－ | | | | 採型　　採寸 | | | | ●継手 | | 肩： | | 固定式（片側）×　　　　　遊動式（片側）×  肩回旋装置 | | | | | |  | | 肘（片側）： | | 固定式×　　　　　遊動式×　　　　　プラスチック継手× | | | | | |  | | 手（片側）： | | 固定式×　　　　　遊動式×　　　　　プラスチック継手× | | | | | |  | | ＭＰ： | | 固定式　　遊動式 | | | | | |  | | ＩＰ： | | 固定式（硬性　フレーム）　　遊動式　　鋼線支柱 | | | | | | ●支持部 | | 胸郭（半身）： | | | 硬性　　フレーム | | | | |  | | 骨盤（半身）： | | | 硬性　　フレーム | | | | |  | | 上腕： | | | 半月（１か所）×  皮革等（カフベルト（１か所）×　　　　上腕コルセット）  硬性 | | | | |  | | 前腕： | | | 半月  皮革等（カフベルト（１か所）×　　　　前腕コルセット）  硬性 | | | | |  | | 手部背側パッド： | | | 硬性　　フレーム | | | | |  | | 手掌パッド： | | | 硬性　　フレーム | | | | |  | | 加算： | | | サンドイッチ構造（上腕　前腕） | | | | | ●その他の加算要素 | | | |  | | | | | |  | 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（１か所）×　　　　　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） | | | | | | | | | 必要な理由： | | | | | | | | | | ●完成用部品 | | |  | | | |  |  | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 肩継手 |  | 肘継手 |  | | 手継手 |  | 指装具用部品 |  | | その他 |  | | | | | | | | | | | | | 必要な理由： | | | | | | | | | | | | |
| 使用効果見込み | | | |
| 処方箋作成日　　令和　　年　　月　　日　　　医師氏名 | | | | |

※「記入上の注意」（裏面）を参照してください。

※意見書作成医師は，仮合わせ・適合判定も行う必要があります。

宮城県リハビリテーション支援センター　ウェルポートせんだい

**【記入上の注意】**

　１．各項目について，該当する箇所の□にチェックしてください。

　　　また，その他については具体的に記載してください。

　２．基本価格の採型区分は下記のとおりです。該当する区分を記載してください。

　　　また，採型，採寸の区別をチェックしてください。



３．その他の加算要素，付属品等の加算要素が必要な場合は該当する項目にチェックをし，必要な理由を各々記載してください。

　４．完成用部品は各項目について，型式もしくは品番を記載してください。

　５．記載内容について，お問い合わせをする場合があります。