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。