（様式７）

骨格構造義肢（モジュラー）義肢処方箋・適合判定書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般  戦傷  児童 | | 氏　　名 | | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | 住　　所 |  | | | | | | 生年月日 | 年　 月　 日 | | | | | 性　　別 | 男 ・ 女 |
|  | | | |
| 障害名  又　は  疾患名 | | | |  | | | | | 身体障害者  手帳番号 | | | 第　　　　　号 | | | | 義　肢　名 | | |  | | | | |
| メーカー名 | | |  | | | | |
| 等　　級 | | | 種　　　級 | | | |
| 製作業者名 | | |  | | | | |
| 現　症 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処　　　　　　　方　　　　　　　箋 | | | | | | | | | | | | | 適 合 判 定 　　　適○　　不適× | | | | | | | | | | |
| 仮 合 せ 検 査 | | | | | 完 成 検 査 | | | | | |
| 区　分　種　目 | | | | | |  | |  | | |  | | 処方照合 | 使用材料照合 | | | | 処方照合 | | 使用材料照合 | | | |
| 基本価格 （ア） | | | | | | 型式（　 　用 　　式） | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| ソケット （イ） | | | | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| ｿｹｯﾄｲﾝｻｰﾄ（ウ） | | | | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| ハーネス及び懸垂部品（エ） | | | | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 完成用  部　品    （オ） | | | 股 継 手 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 膝 継 手 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 吸着部品 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 本 体 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 調節部品 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 足 部 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 足 継 手 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 足部調節部品 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 上 肢 用 | | |  | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 外　　表　　（カ） | | | | | |  | | | | |  | |  |  | | | |  | |  | | | |
| 合　　　　　　　　計 | | | | | | | | | | |  | | ソケット適合性 | |  | | | ソケット適合性 | | |  | | |
| 装着歩行状況 | |  | | | 装着歩行状況 | | |  | | |
| 特記事項  （借受けの希望　　有　・　無　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 処方・仮合せ・適合判定年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 医 療 機 関 住 所 | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 医 療 機 関 名 | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| 処方・仮合せ・適合判定医師氏名 | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |

* 医師氏名を自署する場合においては、押印を省略することができます。