補装具費支給意見書・処方箋（上肢装具）

第３－４号様式

氏名		生年月日	T S H R　　年　　月　　日	歳
住所				
職業		原因傷病名	（疾病・外傷発生年月日：　　年　　月　　日） ※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当 （　□する・□しない　）	
障害名	（　　級）			

１．申請する補装具の名称	

２．障害・疾患等の状況　（注：上記補装具を必要と認める理由が明確となるように記載してください。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても、その他の所見に記載してください。）

運動障害			・なし　・弛緩性麻痺　・痙性麻痺　・固縮　・不随意運動 ・振戦　・運動失調　・その他（　　）
感覚障害			・なし　・感覚脱失　・感覚鈍麻　・感覚過敏　・その他（　　）
上肢機能	部位	右	障害　（□　なし　□　あり　）
		左	障害　（□　なし　□　あり　）
	所見		（関節の可動性、筋力、変形などを記載してください）
その他の所見			（傷病名・合併症などを記載してください）

３．申請する装具の目的、効果見込み

１日の装用時間	・常時（就寝時含む）　・日中のみ　・夜間のみ　・作業時のみ　・その他（　　）
主たる使用目的	・日常生活用　・作業時のみ　・その他（　　）
効果見込み	

４．現在、使用・所持している上肢装具（　・なし　・あり　）

使用状況	
作製・修理が必要な理由（破損・不適合状況等）	

【　処方内容：上肢装具　】（裏）

第３－４号様式

基本価格	部位 （**右・左・両**）	肩装具 D-1	肘装具（手部付） BFO D-2	肘装具 D-3	手関節装具 D-4	手装具 D-5	指装具 D-6
	採型区分	・採型　・採寸					
	構造	・硬性 ・フレーム ・軟性	・硬性 ・両側支柱付 ・軟性 □　BFO □　PSB	・硬性 ・両側支柱付 ・軟性	・硬性 ・両側支柱付 ・片側支柱付 ・掌側（背側）支柱付 ・軟性	・硬性 ・フレーム ・軟性	・硬性 ・フレーム ・軟性

継手	種類	
	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	種類	
	胸郭(半身)	・硬性　・フレーム
	骨盤(半身)	・硬性　・フレーム
	上　腕	・半月 ・皮革等（　□　カフベルト　□　上腕コルセット　）　・硬性（　□　サンドイッチ構造　）
	前　腕	・半月 ・皮革等（　□　カフベルト　□　前腕コルセット　）　・硬性（　□　サンドイッチ構造　）
	手部背側パッド	・硬性　・フレーム
	手掌パッド	・硬性　・フレーム

その他	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×(　　)
		・伸展・屈曲補助バネ×(　　)　・肘当て×(　　)　・ターンバックル×(　　)
		・ダイヤルロック×(　　)　・フレクサーヒンジ
		・内張り（　□　上腕部　□　前腕部　□　手部　）×各(　　)

図示　※装具名称と略図及び説明を記載

特記事項
（指示）

借受の意向（　なし　・　あり　）

上記のとおり意見、処方する。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名

医師氏名

（令和８年11月１日から適用）